نشرة
الهجرة القسرية

19/١٩

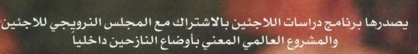
مايو/أيار ٢٠٠٤
ربيع الأول - ربيع الثاني

الصحة الإنجابية للنازحين الداخليين: الاستثمار في المستقبل

بالإضافة إلى:

- الأزمة العراقية ومستقبل العمل الإنساني
- تناول وسائل الإعلام لموضوع اللجوء
- اللاجئون في نيو جوهانسبرج





يصدرها برنامج دراسات اللاجئين بالاشتراك مع المجلس النرويجي للاجئين
والمشروع العالمي المعني بأوضاع النازحين داخليا

من أسـرة الـتحـريـر


Corinne Owen

نعتذر بسبب تأخر نشر هذا العدد من نشرة الهجرة القسرية. ويرجع ذلك إلى عدم التأكد من توفير التمويل الكافي الذي يتيح لنا الاستمرار في إصدار النشرة. ونحن ندين بالعرفان لكل من قسم الحماية الدولية Department of International Protection والمكتب الخاص باللاجئين في وسط وجنوب غرب آسيا وشمال أفريقيا والشرق الأوسط CASWANAME التابعين لمفوضية الأمم المتحدة العليا لشئون اللاجئين UNHCR، لأن المنح التي تلقيناها منهما جعلتنا نتنفس الصعداء بينما لانزال نبحث عن تمويل دائم للنشرة.

وقد أسعدتنا موافقة السيد/رضوان نويصر، نائب مدير «المكتب الخاص باللاجئين في وسط وجنوب غرب آسيا وشمال أفريقيا والشرق الأوسط» CASWANAME، على الانضمام إلى المجلس الاستشاري لهيئة تحرير النشرة الخاص بالشرق الأوسط. كما نتطلع للعمل عن كثب معه ومع الزملاء في العالم العربي من مفوضية الأمم المتحدة العليا لشئون اللاجئين. ومن دواعي سرورنا أن هذا العدد من النشرة يحتوى على صفحة معلومات تتعلق بشكل خاص بعمل الوكالة في الشرق الأوسط.

ويتناول هذا العدد موضوع الصحة الإنجابية للاجئين والنازحين داخليا. ومعظم المقالات بالعدد ترتكز على كلمات ألقيت أمام مؤتمر دولي كبير نظمته «مجموعة التعامل مع الصحة الإنجابية في مناطق النزاعات» Reproductive Health Response in Conflict Consortium. كما ندين بالشكر للمحررين الضيوف وهما السيدة «سامنثا جاي» من مؤسسة «ماري ستوبس الدولية» Marie Stopes International، والسيد «ديفيد دلفيتشو» من «صندوق الأمم المتحدة للسكان» UNFPA، على إسهاماتهم والمشورة التي قدماها. وكذلك ندين بالشكر لصندوق الأمم المتحدة للسكان وقسم التنمية الصحية والمجتمعية التابع للمفوضية على رعايتهما لهذا العدد.

وإذا تم حل أزمة التمويل، سوف يتناول العدد القادم الذي ستتلقونه موضوع **معيشة اللاجئين**. وسوف يناقش العددان التاليان لذلك موضوع **عودة النازحين داخليا واندماجهم من جديد**، وكذلك التعليم الطارئ والتعمير. ونحن نرحب بتلقي مقالات باللغة العربية حول هذه الموضوعات أو أي موضوعات أخرى تتعلق بالهجرة القسرية.

ولمعرفة ما إذا كان سيصبح بمقدورنا الاستمرار في إصدار هذه النشرة، يمكن زيارة موقعنا على الإنترنت: www.hijra.org.uk وإذا كان لديكم أية اقتراحات بشأن التمويل نرجو الاتصال بنا.

مع أطيب تمنياتنا.

ماريون كولدري و تيم موريس
هيئة التحرير، نشرة الهجرة القسرية

صور الغلاف: فتاة لاجئة في أفغانستان. UNFPA

نشرة الهجرة القسرية
Nushrat al-Hijra al-Qasriya
تهدف «نشرة الهجرة القسرية» إلى أن تكون بمثابة منتدى لتبادل الخبرات العملية والمعلومات والآراء بشكل منتظم بين الباحثين واللاجئين والنازحين داخل أوطانهم، ومن يعملون معهم أو يعنون بقضاياهم. وتصدر النشرة ثلاث مرات في السنة بالإنكليزية والإسبانية والعربية عن برنامج دراسات اللاجئين بجامعة أكسفورد بالاشتراك مع «المشروع العالمي المعني بأوضاع النازحين داخليا» التابع للمجلس النرويجي للاجئين.

هيئة التحرير
ماريون كولدري ود. تيم موريس

مساعدة الاشتراكات
شارون إليس

موقع الإنترنت
www.hijra.org.uk

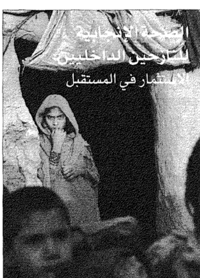
ترجمة النسخة العربية:
محمود صبري

التصميم والإخراج الفني:
FastBase Ltd., Wembley, UK

رقم الإيداع الدولي: ISSN 1460-9819



المحتويات



مقالات عامة

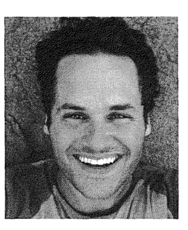
أبواب ثابتة

مقدمة

بقلم: سامانثا جاي وديفيد ديل فيشيو، محرران ضيفان

تشير المقالات في قسم التحقيقات في هذه النشرة للهجرة القسرية إلى اتساع نطاق ما يتم من أبحاث وبرامج تتعلق بالصحة الإنجابية في ظروف النزاعات وما بعد النزاعات في أنحاء العالم.





ومع ذلك من المهم تذكير أنفسنا بأن الصحة الإنجابية تظل مجالا جديداً نسبيا للاهتمام داخل قطاع العمل الإنساني. وقبل عشر أعوام فقط لم يكن هناك على ما يبدو سوى إدراك ضئيل، إن كان هناك إدراك، لحقيقة أنه أثناء الحرب في مناطق اللاجئين تواصل النساء إنجاب الأطفال، ويتصاعد العنف الجنسي القائم على أساس النوع الاجتماعي ويزداد انتشار فيروس (HIV).

ولقد بدأ هذا في التغير مع عقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة في سبتمبر عام ١٩٩٤ عندما دعيت لاجئات لأول مرة للتحدث على المسرح الدولي عن احتياجاتهن بالنسبة للصحة الإنجابية.١ وفي العام التالي، وفي الندوة التي أقامتها في جنيف الوكالات المختصة حول الصحة الإنجابية في مناطق اللاجئين التزمت أكثر من ٥٠ حكومة ومنظمة غير حكومية ووكالة تابعة للأمم المتحدة بتعزيز خدمات الصحة الإنجابية للاجئين. وتم تشكيل مجموعة عمل من الوكالات وتوقيع مذكرة تفاهم مشتركة بين صندوق السكان التابع للأمم المتحدة والمفوضية العليا للاجئين التابعة للأمم المتحدة وتحقق الإجماع حول مجموعة تمثل الحد الأدنى من الخدمات الأولية للصحة الإنجابية في المواقف الطارئة.٢

وفي ذلك الوقت أيضا تقريبا تشكلت «مجموعة التعامل مع الصحة الإنجابية في مناطق النزاعات». (مجموعة الصحة الإنجابية) والتي كانت تعرف من قبل باسم «مجموعة الصحة الإنجابية للاجئين». وكان من بين الأعضاء المؤسسين، مؤسسة «كير» CARE ولجنة الإنقاذ الدولية ومعهد JCI للبحث والتدريب و«مؤسسة ماري ستوبيس الدولية» ولجنة المرأة للاجئات والأطفال.

وفي وقت لاحق، انضمت إلى المجموعة لجنة اللاجئين الأمريكيين وقسم «هيلبرون» للسكان وصحة الأسرة التابع لجامعة كولومبيا. وتسهم هذه الجهات، بخبرتها الفنية التكميلية في التدريب والمساندة والخدمات الطبية والأبحاث بمهارات متنوعة لتنفيذ برنامج موسع يهدف إلى تحسين الصحة الإنجابية للاجئين والأشخاص المشردين في أنحاء العالم بالإضافة إلى كسب المساندة من مجموعة المانحين الدوليين للانتقال من الحديث إلى العمل.

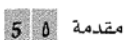
واعترافا بأهمية الصحة الإنجابية كقضية طارئة ظهرت منذ منتصف التسعينات، ظهر أيضا تفهم لحجم الأبحاث والبرامج المحددة المرتبطة بمختلف قضايا الصحة الإنجابية والحاجة إليها. وبعد مؤتمر القاهرة، كان معظم التركيز في البداية على تنظيم الأسرة والأمومة الآمنة. ولكن مع تصاعد أزمة فيروس HIV المسبب لمرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) في أفريقيا، حيث تعيش الغالبية العظمي للاجئين في العالم، أدي التفهم الجديد للعلاقة بين فيروس HIV، والحرب والتشرد إلى زيادة برامج الهجرة القسرية حول هذا الفيروس المسبب للإيدز.

وفي الوقت نفسه، انتشر على نحو جيد توثيق حالات الاغتصاب كسلاح في الحرب في البوسنة ورواندا وكوسوفو وتيمور الشرقية. والآن في جمهورية الكونغو الديمقراطية، وأدى ذلك إلى زيادة الوعي بتزايد حدوث جميع أشكال العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي في مناطق التشرد، وبعلاقة ذلك بانتشار فيروس HIV وبالحاجة الملحة للعلاج الطبي والمساندة الاجتماعية النفسية والوقاية.

وقد تحقق تقدم هام في جميع هذه المجالات خلال العقد الماضي. وتشير الدراسات التي أجريت مؤخرا، إلى أن بعض مكونات رعاية الصحة الإنجابية على الأقل أصبحت متاحة لمعظم اللاجئين في الظروف غير الطارئة. وساعدت الجهود المتعاونة من جانب المنظمات، كبيرها وصغيرها، في توسيع نطاق الخدمات في كثير من مناطق النزاعات.

ومع ذلك، ما زالت هناك احتياجات هائلة لم تتم تلبيتها بالنسبة لرعاية الصحة الإنجابية للأشخاص المشردين ولكن تحققت بداية جيدة للغاية. ففي مؤتمر «مجموعة الصحة الإنجابية» الذي عقد في بروكسل في أكتوبر ٢٠٠٣، اجتمع أكثر من ١٥٠ شخصا من ٣٦ دولة يمثلون ٧٠ منظمة للمشاركة في نتائج البرامج والأبحاث الخاصة بالسكان الذين يتأثرون بالنزاعات في أنحاء العالم. وألقت الكلمات التي ألقيت الضوء على أبحاث جديدة، وبرامج نموذجية واستراتيجيات إبداعية وأدوات وخطوط إرشادية عملية. وأوضح المؤتمر المدى الذي وصل إليه المجتمع الدولي في الاعتراف بحقوق المجتمعات المشردة في الحصول على رعاية الصحة الإنجابية مع إبراز المجالات التي تحتاج إلى المزيد من العمل المنسق.

وفي الوقت الحالي، بالمقارنة بعشرة سنوات مضت، أصبحت اللاجئة تتمتع بفرصة أفضل في حمل وولادة آمنة، والحصول بشكل أفضل على رعاية التوليد في حالة الطوارئ، وعلى المعلومات والخدمات الخاصة بالوقاية من الأمراض التي تنتقل عن طريق ممارسة الجنس وفيروس HIV المسبب للإيدز والعلاج وتقديم المشورة بشأن تأثيرات العنف القائم على الجنس والنوع الاجتماعي. وتتوفر للمراهق الذي تأثر بالحرب فرصة أكبر للحصول على معلومات ملائمة عن الخدمات والاستفادة منها لكي ينمو آمنا وفي صحة جيدة.



ومع ذلك، فإننا ونحن نقترب من الذكرى العاشرة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ظهرت جيوب للمعارضة الأيديولوجية ضد بعض أوجه الصحة الإنجابية والحقوق، لاسيما في بعض الدول المانحة وبدأت هذه المعارضة في تهديد النجاحات الميدانية وزيادة التحديات المثبطة للهمم بالفعل والتي تواجهها المنظمات التي تعمل لضمان الصحة الإنجابية للمشردين. وفي ظل الإدارة الحالية قامت الحكومة الأمريكية، وهي قائدة في هذا المجال وأكبر مساند للصحة الإنجابية للاجئين والأشخاص المشردين داخليا لسنوات كثيرة، بسحب أو تقييد استخدام التمويل في هذا المجال بالنسبة لصندوق السكان التابع للأمم المتحدة والمفوضية العليا للاجئين التابعة للأمم المتحدة و«مجموعة الصحة الإنجابية» والشركاء الآخرين.

وتضغط جماعات المعارضة الصغيرة والمؤثرة في الوقت نفسه في بعض الدول الأخرى على حكوماتها لتحذو حذو الحكومة الأمريكية. وعلى الرغم من أن المانحين الآخرين حاولوا ملء الفراغ فإن التمويل غير المستقر يمثل تحديا للقدرة حتى على الاحتفاظ بخدمات الصحة الإنجابية الأساسية للغاية للأشخاص المشردين في العالم الذين يبلغ عددهم ٣٧ مليون شخص (ناهيك عن توسيع نطاق هذه الخدمات). وقد تم تخفيض حجم كثير من البرامج حتى تلك الخاصة بالوقاية من فيروس HIV المسبب للإيدز، وتم وقف البعض الآخر تماما، مما يعرض للخطر إلى حد كبير صحة عدد لا حصر له من النساء والرجال والأطفال الذين يعيشون في مواقف محفوفة بالمخاطر بالفعل.

وفي الوقت الذي نقيس فيه ما تحقق خلال العقد الماضي ونحتفل به، يتعين علينا ألا ننسى مدى الجهد الكبير الذي بذلناه ليصل ما تحقق إلى ما وصل إليه ومدى الجهد الذي مازال يتعين القيام به.

نقدر التزام محرري «نشرة الهجرة القسرية» الذين أتاحوا فرصة مناسبة لتقديم بعض أحدث التطورات في مجال الصحة الإنجابية في مناطق النزاعات.



سامانثا جاي هي كبير مستشاري مبادرة الصحة الإنجابية للاجئين بمؤسسة ماري ستوبيس الدولية.
(www.mariesrtopes.org.uk)
البريد الإلكتروني:
sam.guy@mariestopes.org.uk







MARIE STOPES INTERNATIONAL

ديفيد ديل فيشيو يعمل في وحدة الاستجابات الإنسانية بصندوق السكان التابع للأمم المتحدة. البريد الإلكتروني:
delvecchio@unfpa.org

١ انظر www.un.org/popin/icpd2.htm

٢ المعلومات الخاصة بمجموعة الحد الأدنى من الخدمات الأولية موجودة على شبكة الإنترنت على الموقع:
www.who.int/disasters/repo/7345.doc

الاستجابة لاحتياجات الصحة الإنجابية للشباب المتضررين من الصراعات

بقلم: جوليا ماثيو وشيرى ريتسيما

يسعى صندوق «ايليانور بيلوز بيلزبرى» التابع للجنة النسائية (الصندوق) لإيجاد سبل لتلبية احتياجات الصحة الإنجابية الخاصة بالمراهقين اللاجئين المتضررين من الصراعات.

يوجد الآن في العالم حوالي ٦,٦ مليون مراهقاً نزحوا داخلياً بسبب الصراعات المسلحة، ويتعرض الكثير من هؤلاء المراهقين للعنف والفقر المدقع والانفصال عن عائلاتهم ومجتمعاتهم.[1] وشأن كل الشباب، يحتاج المراهقون اللاجئون احتياجات خاصة أثناء سنوات نموهم. وعلاوة على ذلك، يواجه الشباب المتضررين من الصراع عوائق إضافية: إذ غالبا ما يعوزهم التعليم الوافي، والرعاية الصحية، والحماية، وفرص اكتساب الرزق، والأنشطة الترفيهية، والصداقة، والعون العائلي.

ويواجه المراهقون اللاجئون مصاعب إضافية تهدد صحتهم الإنجابية. فعلى سبيل المثال، يؤدي تراخي القيود التقليدية الثقافية والاجتماعية إلى جعلهم أكثر عرضة للاغتصاب والاستغلال الجنسي. وقد يضطر هؤلاء المراهقون للاتجار بالجنس مقابل دفع مصاريف الدراسة أو من أجل إطعام شقيقاتهم وأشقائهم الأصغر سناً. وقد يبدأ اللاجئون صغار السن علاقات جنسية في سن مبكرة ويصبحون أكثر عرضة لخطر ممارسة الجنس دون استخدام عازل واقي. وتتأثر الصحة الإنجابية للمراهقين اللاجئين بالعوامل التالية: قلة فرص حصولهم على المعلومات، والممارسات الجنسية غير الآمنة، وحالات الحمل في غير أوانه، والإجهاض غير الآمن، والتعرض المتزايد لحالات العدوى التي تنتقل عن طريق الجنس، بما في ذلك عدوى فيروس HIV المسبب للإيدز. وفي أوضاع الصراعات، يمثل كذلك الافتقار للخدمات الخاصة بالشباب وقلة موردي الخدمة المدربين عوائق ملحوظة أمام ضمان حق الشباب في حياة صحية ومنتجة.

وإدراكا منها لخطورة الموقف، ساندت اللجنة النسائية للاجئات والأطفال اللاجئين اقتراحاً بإنشاء صندوق لتلبية احتياجات الصحة الإنجابية للمراهقين المتضررين من الصراعات المسلحة. ومن ثم، تم تأسيس صندوق «ايليانور بيلوز بيلزبرى» لرعاية الصحة الإنجابية وحقوق المراهقين اللاجئين في يونيو عام ٢٠٠٠ لتقديم منح محدودة للمنظمات الدولية والمحلية من أجل تنفيذ مشروعات محددة خاصة بالصحة الإنجابية للمراهقين.

أعمال الصندوق

خلال السنوات الثلاث الأولى، وصلت المشروعات التي مولها الصندوق إلى المراهقين المتضررين من الصراعات في آسيا وأفريقيا وأوروبا الشرقية وأمريكا اللاتينية والشرق الأوسط.[2] وتراوحت المشروعات ما بين مساندة البحث والتوثيق لحاجات الصحة الإنجابية للمراهقين في الصومال وبرامج تدريب تعليم الرفاق حول العنف القائم على النوع الاجتماعي في كوسوفو، إلي تمويل خدمات تنظيم الأسرة وبرامج تدريب للمراهقين في كولومبيا وورش عمل عن الصحة الإنجابية تتلاءم مع ثقافة الأمهات والفتيات في الأراضي الفلسطينية المحتلة. وإضافة إلى ذلك، تم تنفيذ برنامج تدريبي مكثف في نيبال لمنع انتقال عدوى فيروس HIV المسبب للإيدز بين الفتيات اللاجئات المراهقات في بوتان.

وتعمل منظمة شباب غولو في شمال أوغندا (GYFA) رغم الافتقار للأمن في المنطقة – على زيادة الوعي والتخاطب بشأن قضايا الصحة الإنجابية. وتوفر منظمات محلية ودولية أخرى الدعم، لكن قادة الشباب هم الذين يضعون جداول الأعمال ويكفلون أن تكون الأنشطة في صالح الشباب. ويواجه قادة منظمة شباب غولو معضلة معروفة للكثير من المنظمات التي تمد نشاطاتها إلى الشباب، ألا وهي إشراك عدد من المشاركات يماثل عدد المشاركين من الفتيان.

وفى عام ٢٠٠٣، قام اتحاد مالي – يتألف من ١٢ منظمة غير حكومية محلية تعمل بالنيابة عن المراهقين في بورما المهجرين قسراً على الحدود بين بورما وتايلاند – بتشكيل مجموعة شبكات الصحة الإنجابية للمراهقين (ARHNG). وتهدف هذه المجموعة إلى تنمية القدرات المؤسساتية ومهارات الإدارة لدى المنظمات الأعضاء من أجل تنفيذ مشروعات الصحة الإنجابية للمراهقين. ويتبادل الأعضاء المعلومات والخبرات ويتابعون برامج تدريب ويساعد كل منهم الآخر في الحصول على الموارد الخارجية. وقد بدأت اللجنة النسائية مشاركتها في هذه الشبكة في عام ٢٠٠٢ بتقديمها منحة محدودة من منظمة أطباء العالم (DOW) في تايلاند والتي تشكل النقطة المركزية للشبكة. وتقوم منظمة أطباء العالم – من خلال مكتبها في تايلاند – بمد المنظمات الأعضاء بالشبكة بخبراتها بوصفها من المنظمات الدولية الرائدة في التنمية الصحية وإتاحة الفرصة أمام تلك المنظمات للحصول على خدمات من منظمة تمارس عملها ميدانيا. وتساعد منظمة أطباء العالم (DOW) مجموعة شبكات الصحة الإنجابية للمراهقين (ARHNG) في تقييم احتياجات الأعضاء، والتخطيط الإستراتيجي، وكيفية طلب تمويل للمشروعات وتنظيم التدريب. وبفضل استخدام الشبكات واختيار وكالة رائدة، أصبح من السهل على الشبكة دمج منظور أوسع للصحة الإنجابية للمراهقين في منطقة بأسرها.

قياس الأثر

رغم أنه من الممكن تحديد نتائج معينة لمشروعات الصحة الإنجابية للمراهقين، من الصعب بدرجة كبيرة تحديد الغايات النهائية من وراء تلك المشروعات؛ وهي تحسين سلوكيات الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين، وفى نهاية المطاف تحسين الصحة الإنجابية والرفاهية. ومن خلال استخدام الأموال التي منحها الصندوق، تمكن أكثر من 61 ألف مراهق من حضور برامج تدريب وتوعية للصحة الإنجابية بشأن موضوعات مثل استخدام الروافل (العوازل الطبية)، والوقاية وعلاج الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس، وأساليب تنظيم الأسرة والحماية من العنف القائم على النوع الاجتماعي. وتم نقل رسائل عبر حلقات دراسية وورش عمل ومسلسلات

تليفزيونية ومجموعات للمناقشة وشرائط للفيديو. وتم تدريب ٥٨٠ مراهقاً على الأقل ليصبحوا من «معلمي الرفاق» في مجال الصحة الإنجابية، كما اشترك ما يزيد عن ٢٠٠٠ مراهقاً في جلسات لتقديم المشورة للرفاق. ولا يقدم تدريب «تعليم الرفاق» معلومات هامة للمراهقين فحسب، ولكنه يساعد كذلك في بناء الثقة بالنفس ومنح الشباب المهارات اللازمة للدفاع عن حقوقهم الإنجابية.

وبالإضافة إلى ذلك، ساعد الصندوق في توزيع نشرات وكتيبات وكراسات تقدم مواد تعليمية خاصة بالصحة الإنجابية يمكن استخدامها بمفردها أو كوسائل مساعدة للتدريس، من جانب المعلمين وموردي الخدمات. ونشرت هذه المواد معلومات عن كيفية ممارسة الجنس بطريقة آمنة، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة وتحاشي التعرض للأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس. وتم توزيع عشرة آلاف عازل واقي على الأقل بدون مقابل، الأمر الذي يتيح الفرصة للشباب لكي يحموا أنفسهم من الإصابة بفيروس HIV المسبب للإيدز وتجنب حالات الحمل غير المخطط لها.

> يفتقر الكثير من الشباب في مناطق الصراع إلى فرص التعليم والتوظيف كما أنهم خسروا نظام الدعم الاجتماعي

وحصلت حوالي ٢٢٥٠ مراهقة على فوط صحية محلية الصنع من خلال مشروعات الصندوق. وتجدر الإشارة إلى أنه في مناطق كثيرة للاجئين يمنع الافتقار للفوط الصحية الفتيات اللاجئات من الذهاب إلى المدرسة. كما أن الآباء كثيراً ما يجبرون الفتيات على ترك المدرسة خشية أن يصبحن أكثر تعرضا للاعتداءات الجنسية أثناء الذهاب إلى المدرسة والعودة منها. ويسمح توفير الفوط الصحية للفتيات اللاجئات العيش بكرامة ومواصلة تعليمهن النظامي.

ويفتقر الكثير من الشباب في مناطق الصراع إلى فرص التعليم والتوظيف كما أنهم خسروا نظام الدعم الاجتماعي، مما يزيد من خطر تعرضهم للاستغلال والاعتداء الجنسي. ويريد الشباب ويحتاجون التعليم والتدريب على كسب الرزق للوصول للاكتفاء الذاتي ولبناء مستقبلهم. وإزاء ذلك استجابت مشروعات كثيرة يمولها الصندوق للحاجة للتعليم والتدريب على مهارات توليد الدخل عن طريق دمج هذه الفرص مع التدريب على الصحة الإنجابية. وتلقى ما يزيد عن ٣٠٠ مراهقاً دعماً تثقيفياً وتدريبياً على مهارات توليد الدخل من خلال المشروعات التي تركز على المراهقين. فعلى سبيل المثال، استخدمت منظمة «الشهداء» في أفغانستان[3] المواد التعليمية الخاصة بالصحة الإنجابية لزيادة مهارات التعلم لعشرين فتاة وامرأة شابة في مجتمعهن. كما قام منتدى التربويات الأفريقيات في «كينيما» في سيراليون برعاية ٥٥ فتاة من ناحية التكفل بتعليمهن وتدريبهن[4] ليصبحن من معلمات الرفاق في مجال الصحة الإنجابية، وضمان حصولهم على مساعدات للوصول لأمومة آمنة، وتعريفهن بالعنف القائم على النوع الاجتماعي، وتلقيهن خدمات طبية مجانية. وقام فريق من المتطوعين لمكافحة مرض الإيدز في جمهورية الكونغو الديمقراطية برعاية ورش عمل لتوليد الدخل لأربعين فتاة مراهقة من أجل كسب مهارات مثل الحياكة وصناعة الأحذية، في الوقت الذي تتعلمن فيه أيضاً الممارسات الجنسية المسئولة.

دعم المجتمع للمراهقين

حتى في حالة توفر الصحة الإنجابية وخدمات التعليم، قد لا ترغب المجتمعات في أن يحصل المراهقون على تلك الخدمات. فقد يخشى الكبار أن تؤدى تلك المعلومات إلى تفشى الجنس غير الشرعي بين الشباب. وربما لا يكون قد تم تدريب موردي الخدمات على الاستجابة لمخاوف المراهقين الخاصة، أو قد تكون المنشآت لا تولى اهتماماً بالشباب. ومن الضروري توعية الآباء والمجتمع بحقوق الشباب في الرعاية الصحية. وفي هذا الخصوص، قامت المشروعات الممولة من الصندوق بتدريب ١٧٥ على الأقل من الآباء والأمهات على أساسيات تنشئة المراهقين، والالتزامات الأبوية نحو دعم هذه الحقوق.

الدروس المستفادة

بعد ثلاث سنوات، قامت اللجنة النسائية بمراجعة مشروعات الصحة الإنجابية التي مولها الصندوق من أجل استخلاص الدروس والاستفادة منها في المشروعات المستقبلية الخاصة ببناء القدرات. وقد تم استخلاص الدروس التالية:

١. لا تتقيد مشروعات الصحة الإنجابية الفعالة الخاصة بالمراهقين المتضررين من الصراعات بصيغة أو نموذج محدد، **ولكنها تختلف في نهجها، وتكون مصممة بصورة إبداعية لتكون ملائمة ثقافياً ولكي تفي بالاحتياجات الملحة والمحددة للمراهقين في مجتمع معين.** وتكشف مراجعة المشروعات عن عدة اختلافات في الأسلوب المنهجي المتبع بدءا من تعليم الرفاق والعروض الثقافية، إلى ورش زيادة الوعي وإقامة مراكز خاصة بالشباب. وتختلف كذلك المشروعات في تخصصها حسب المجال الفني للصحة الإنجابية: الأمومة الآمنة، بما في ذلك رعاية الولادة الطارئة، وتنظيم الأسرة، ومنع الحمل الطارئ، والعدوى التي تنتقل عن طريق الجنس بما في ذلك فيروس HIV المسبب للإيدز، والعنف القائم على النوع الاجتماعي. وتوضح بيانات مشروعات الصحة الإنجابية للمراهقين أن المشروعات الفعالة يتم وضعها لكي تلبى الاحتياجات الملحة والمحددة للمراهقين في كل مجتمع ولكي تستجيب للسياق المحلى.

٢. المجتمعات المتضررة من الصراعات، خاصة المراهقون أنفسهم، تكون متحمسة بصورة كبيرة لتحسين الصحة الإنجابية للمراهقين. ولكنها **تحتاج إلى بناء القدرات، من خلال الإرشاد والدعم الفني، لزيادة فعالية مشروعاتها إلى أقصى حد ممكن.** فعلى سبيل المثال، يجد كثير من المتلقين لمنح الصندوق صعوبة في معرفة مؤشرات معينة أو قابلة للقياس تعتبر من المؤشرات الرئيسية لتقييم أنشطة المشروعات ولضمان أن تحقق هذه التدخلات الفائدة المرجوة منها. وهناك منظمات عديدة بحاجة للمساعدة في وضع وتقييم برامجها التثقيفية والتدريبية. وأعربت منظمات، لاسيما المحلية منها، عن رغبتها في اكتساب أفضل الممارسات من مشروعات الصحة الإنجابية الأخرى وستستفيد من إقامة شبكة تضم هذه المنظمات التي تدعم الصحة الإنجابية للمراهقين على المستويين العالمي والإقليمي.

٣. **يتعين على مشروعات الصحة الإنجابية للمراهقين تحديد وإشراك الشباب اللاجئين في وضع كل أنشطة المشروعات وتنفيذها وتقييمها** لضمان إشراكهم بصورة كاملة في البرامج التي تؤثر على حياتهم؛ وهي توصية هامة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد عام ١٩٩٤. وليس كافياً أن يتم إشراك الشباب كمعلمين للرفاق بل يتعين أن يتم إشراكهم في كل جوانب وضع المشروع وتنفيذه وتقييمه.

٤. **توفر استراتيجيات تثقيف الرفاق فرصاً لمشاركة هادفة للمراهقين**، يمكن أن تزيد إلى أقصى حد أثر المشروع وتقلل لأقل حد التكاليف المالية، من خلال تدريب نوعى ومراقبة وتقييم دقيق للمشروع. ورغم اختلاف خبرات المراهقين بصورة كبيرة من ثقافة لأخرى ومن فرد لآخر، فإن معظم المراهقين يتأثرون بصورة كبيرة بتأثير الرفاق. ويمثل الشباب مورداً غير مستغل بالمجتمع؛ ومن ثم، يؤدى إلى تمكينهم من المشاركة في توفير الفرص للشباب لوضع وتنفيذ حلول لمشاكلهم مما يمكّنهم من أن

يصبحوا عوامل للتغيير في مجتمعاتهم. ومن الممكن أيضا أن يصبح استخدام «معلمي الرفاق» أسلوبا اقتصادياً لنشر المعلومات بصورة كبيرة. ومن المهم أن يتلقى معلمو الرفاق تعليماً نوعياً كافياً ومستداماً. ويساعد الإشراف والتقييم الدقيق على ضمان أن يقدم التدريب معلومات دقيقة من خلال مناهج ملائمة للمراهقين تخفف من حدة إنهاك المشاركين. ومن الضروري كذلك ضمان دعم الكبار للأنشطة وليس فرضهم لها. ويحتاج معلمو الرفاق إلى الدعم المستمر من الرفاق والآباء وآخرين في المجتمع من أجل التغلب على العقبات التي قد يواجهونها.

٥. **يمكن أن تساعد الشبكات في سد الفجوات في تدبير الخدمات وتدعيم القدرات المحدودة** عن طريق تسهيل التنسيق والتعاون بين المشروعات المتعددة والمتنوعة للصحة الإنجابية للمراهقين في نطاق منطقة معينة. ومن المعروف أن الافتقار للتنسيق والتعاون قد يسبب فجوات أو تكرارا في توريد الخدمات؛ إذ قد تركز عدة مشروعات على أحد المجالات الفنية في الوقت الذي تهمل فيه المجالات الفنية الأخرى. وفضلا عن ذلك، يمكن أن يؤدي الافتقار للتعاون في أن «تكرر المشروعات نفسها ولا تضيف جديداً». فهذا الافتقار للتعاون بين المنظمات يؤدي إلى الحيلولة دون المشاركة في الموارد والممارسات الجيدة، تاركاً كل منظمة تكرر نفس الأخطاء وتهدر فرصة الاستفادة من التدخلات الفعالة التي اختبرت بالفعل.

الخطوات القادمة:

لقد مكّن أسلوب دعم مشروعات الصحة الإنجابية للمراهقين الكثير من المراهقين ومجتمعاتهم من زيادة وعيهم بمخاطر الصحة الإنجابية واستخدام طرق فعالة لحماية وتحسين صحتهم الإنجابية. إلا أن الوعي وحده، لا يُحدث بالضرورة تغييراً سلوكياً فضلا عن أنه لا يؤدي إلى أي تحسين واضح وملحوظ في وضع الصحة الإنجابية للشباب وهو الغاية القصوى.

وبعد ثلاث سنوات من النشاط، تقوم اللجنة النسائية بدراسة استراتيجيات جديدة من أجل زيادة الفاعلية والتنسيق لدعم الصحة الإنجابية للمراهقين المتضررين من الصراعات. ومن بين الاحتمالات القائمة زيادة التركيز على مساندة المنظمات غير الحكومية الدولية من خلال نموذج الشبكة الذي ناقشناه أعلاه. والبديل الآخر هو استهداف مناطق معينة مثل شبه الصحراء الأفريقية أو جنوب شرق آسيا، وتوفير تمويل أكثر استدامة للمنظمات. ورغم إن عملية تقديم منح جديدة تتوقف أثناء عملية التخطيط الاستراتيجية تلك، فإن اللجنة النسائية مستمرة في مساندة المراهقين في أنحاء العالم من خلال مشروعاتها الأربعة عشر التي يمولها الصندوق.

وبما أن الصندوق هو الوحيد المستمر حالياً في التركيز على الصحة الإنجابية للنازحين داخلياً والمراهقين المتضررين من الصراعات، فإن للجنة النسائية فرصة فريدة للتركيز على أهمية تحسين خدمات الصحة الإنجابية بين هؤلاء السكان المهملين. ومن الضروري بناء القدرة التنظيمية وتبادل الخبرات بشأن دعم الممارسات السليمة للصحة الإنجابية للمراهقين وتحديد الموارد التي يمكن استخدامها في السياقات المحلية والدعوة لتوجيه مزيد من الاهتمام والتمويل لمشروعات الصحة الإنجابية للمراهقين.

والأمر الأكثر أهمية هو ضرورة الاستمرار في تحسين حياة المراهقين المتضررين من الصراعات وإشراك الشباب في هذه العملية. فالمراهقون مبدعون، ونشطون، وعاملون مهمون في التغيير البنّاء داخل مجتمعاتهم كما أنهم يمثلون المستقبل.

جوليا ما ثيوس: تشغل منصب مديرة مشروع الصحة الإنجابية. وشيري ريتسيما أخصائية بمشروع الصحة الإنجابية في اللجنة النسائية للاجئات والأطفال اللاجئين.
(www.womenscommission.org)
بريد إلكتروني
sherir@womens.commission.org
julia@womenscommission.org

١ عدد المراهقين النازحين داخلياً غير معروف بالضبط. فطبقاً لتقديرات مكتب مفوض الأمم المتحدة السامي لشئون اللاجئين هناك ٤٠ مليون نازحاً داخلياً في العالم، منهم ٥٠ ٪ من الشباب. وطبقا لتقديرات اللجنة النسائية. فإن حوالي ثلث هؤلاء الشباب النازحين (البالغ عددهم ٦.٦ مليون) هم من المراهقين (تتراوح أعمارهم من ١٠ إلى ١٩ عاماً). وهناك اختلاف بين الثقافات والمنظمات والأشخاص حول تعريف مصطلحات (مراهق) و(شاب) و(صغار السن) وفيما يلي تعريفات منظمة الصحة العالمية: adolescent: الأعمار من ١٠ إلى ١٩. عاماً: Youth: الأعمار من ١٥ إلى ٢٤ عاما Young People: الأعمار من ١٠ إلى ٢٤ عاماً. وتستخدم المصطلحات الثلاث بالتبادل بحيث يحل أحدهما محل الآخر في هذا المقال.

٢ للمزيد من المعلومات قم بزيارة الموقع www.womenscommission.org/pdf/ebp_.pdf.

٣ أنظر www.shuhada.org

٤ أنظر www.fawe.org



نساء شابات في مخيم أمبيم ماي للاجئين على حدود تايلندا وبورما يناقشن مسائل صحتهن الإنجابية.

الدروس المستفادة من مبادرة للصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين التنزانيين

بقلم: ناعومي نيتامبي وماريان شيلبيرورد وروزيليدا أوندِكو

كيف ينبغي أن يشارك الشباب في برامج الصحة الجنسية والإنجابية؟

كشفت تقديرات منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٠ حول أنشطة الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين في مخيمات اللاجئين بغرب تنزانيا عن وجود مواطن ضعف كبيرة. فقد اشتكى الشباب من أن الخدمات المقدمة لا تفي باحتياجاتهم، وأن مقدمي الخدمات يتسرعون في إطلاق أحكام خاطئة عليهم، كما اشتكوا أيضا من طول فترات الانتظار للحصول على الخدمات، وانعدام السرية. كما أن انعدام الخصوصية كان يعرضهم لخطر اكتشاف آبائهم لهم أثناء زيارتهم للمراكز الصحية. وفي ظل المحظورات الثقافية التي تحرم ممارسة الجنس والإنجاب قبل الزواج، كان المراهقون يخافون من النظر إليهم بوصفهم مخالفين للأعراف والتقاليد. لذلك لم يشارك المراهقون في البرامج، كما أنهم رأوا أن مقدمي الخدمات متبلدو الشعور وأن مشاركتهم غير مقدرة.

واستجابة لذلك، شرعت مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين في وضع أنشطة للصحة الجنسية والإنجابية خاصة بالمراهقين تتميز بسهولة الاستفادة منها، والقبول الثقافي، والقدرة على استقطاب الشباب في ثلاث معسكرات للاجئين. وأصبحت الآن مراكز الشباب متعددة الأغراض تفتح أبوابها طوال اليوم وأحياناً في عطلات نهاية الأسبوع، حيث يتم تدريب الشباب على

يجب أن يتم إشراك الشباب في كل نواحي تصميم المشروع وتنفيذه

أنشطة الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين، وتشجيعهم على الحديث عن إدمان المخدرات، والحمل في فترة المراهقة، والزواج المبكر، وتنظيم الأسرة، والحصول على استشارة وعلاج للأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي والأمراض التي تنتقل عن طريق العدوى ونقص المناعة كما تتيح المراكز لهؤلاء المراهقين فرصة لمشاهدة أشرطة فيديو، والرقص، وتمثيل مسرحيات، ولعب الألعاب الكروية. ويتم تقديم نصائح غذائية وصحية إلى جانب تدريب على مهارات مهنية مثل العناية بالحدائق، والخياطة، والطبخ. كما يتم تعليم الشباب كيفية توفير الرعاية المنزلية للمصابين بفيروس HIV المسبب لمرض الإيدز. كما يتم تدريبهم، إلى جانب أولياء أمورهم، كي يكونوا معلمين صحيين لأقرانهم. وقد تم وضع الدليل الإرشادي المستخدم حالياً في التدريب بمشاركة الشباب، ومقدمي الخدمات، وأولياء الأمور، والوعاظ الدينيين. ويخضع الدليل للمراجعة سنويا. وتوجد أيضا دورات دراسية لتعليم اللغات الإنجليزية، والفرنسية، والكيسواحلية، والكيروندية. وتتولى إدارة المراكز لجان برأسها الشباب تتكون من معلمين صحيين مدربين من الشباب أنفسهم.

لقد كانت مشاركة مجتمع اللاجئين في المراحل التجريبية محدودة. ونتيجة لعدم استشارة أولياء الأمور، والوعاظ الدينيين، والزعماء المؤثرين في المجتمع؛ ظهر قلق وشكوك كثيرة حول ما يدور داخل مراكز الشباب. وكان أولياء الأمور متخوفين لأنهم كان يرون أنه يجب ألا يتم تشجيع الشباب على التحدث عن موضوعات الإنجاب واستخدام الرفالات (الواقيات الذكرية) ومعرفة معلومات عنها حتى أواخر سن المراهقة. وتفاوتت توقعات أولياء الأمور، والمعلمين الشباب، وقادة المجتمع تفاوتا كبيرا. فقد استهدفت الأنشطة الذكور في حين أهملت الإناث، اللاتي ظللن حبيسات المنازل تؤدين الأعمال المنزلية والواقعات تحت إكراه أولياء الأمور.

وتتضمن الدروس التي استخلصها منظمو البرنامج الحاجة إلى:

- إشراك الوعاظ الدينيين، وأولياء الأمور، والشباب قبل البدء في أي برامج للصحة الجنسية والإنجابية خاصة بالمراهقين.
- إدراك أن الشباب لديهم قدرة عالية على التكيف.
- إنشاء أماكن لاستقطاب الشباب بها متخصصون مدربون على أنشطة الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين تكفل الخصوصية والسرية.
- ضمان أن المهارات التي يتعلمها الشباب يمكن تسويقها: إذ لا توجد فائدة من تعليم الخياطة وصناعة السلال حينما تكون الأسواق مشبعة بها.
- توفير خدمات استشارية وعلاجية مرنة تستقبل الشباب في أي وقت (دون الحاجة إلى تحديد مواعيد).
- توفير حوافز مالية للمستشارين الشباب للتأكد من عدم تركهم لتلك البرامج، مما يؤدي إلى تثبيط عزائم الشباب الآخرين.
- إدراك أهمية جمع البيانات، والمراقبة المستمرة، والتقييم، والحصول على آراء وتعليقات المنتفعين في تحسين نتائج البرنامج.
- الاستماع إلى الشباب: إذ يجب أن يتم إشراكهم في كل نواحي تصميم المشروع وتنفيذه. كما يجب أن توضع خطة عمل شفافة تحدد بوضوح دور المنتفعين.

تشغل ناعومي نيتامبي منصب مساعد مدير برنامج الصحة الإنجابية وفيروس HIV المسبب لمرض الإيدز التابع لمفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين ويمكن الاتصال بها من خلال عنوان البريد الإلكتروني التالي: nyitambe@unhcr.ch

تشغل ماريان شيلبيرورد منصب المسئول الفني عن برنامج فيروس HIV المسبب لمرض الإيدز التابع لمفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين بجنيف. ويمكن الاتصال بها من خلال عنوان البريد الإلكتروني التالي: shcilpem@unhcr.ch

تشغل روزليدا أوندكو حالياً منصب مستشار للصحة الإنجابية بمفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين بجنيف. ويمكن الاتصال بها من خلال عنوان البريد الإلكتروني التالي: ondeko@unhcr.ch

تود الكاتبات أن تعربن عن تقديرهن للمساهمة التي قدمها كل من كيت بيرنز وتسيجيريدا أسبي.

ما وراء البرقع – معالجة أسباب حالات وفيات الأمهات في أفغانستان

بقلم: هيرنان ديل فال

يتعين على الأطراف الفاعلة على المستوى الدولي والوطني أن يعطوا أولوية لتجديد النظم الصحية في أفغانستان لتلبية الاحتياجات الصحية الأساسية.

لقد كُتب الكثير عن القيود التي فرضها نظام طالبان – الذي سيطر على الحكم في أفغانستان حتى ٢٠٠١ – على الفرص المتاحة أمام المرأة للحصول على الخدمات الصحية. وأدت القرارات التي أصدرها نظام طالبان إلى تقنين أنماط سلوكية بمقتضاها تم الحد من حرية المرأة في الحركة علنا ما لم يكن برفقتها أحد أقربائها الذكور، وفرض على المرأة ارتداء البرقع الذي يحجب كل جسدها، وحرمت المرأة من فرص التعليم والعمل والرعاية الصحية.

وقد أبرزت تقارير عديدة أثر هذه التدابير علي فرص حصول المرأة على خدمات الصحة الإنجابية. ووفقا لتقرير نشرته منظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٧، فإن معدل وفيات الأمهات في أفغانستان يعتبر من أعلى معدلات وفيات الأمهات في العالم: ٨٢٠ حالة وفاة لكل ١٠٠ ألف حالة ولادة حية. ويرى الكثيرون إن السبب وراء هذا المستوى المنذر بالخطر كان سياسات طالبان المتعلقة بالنوع الاجتماعي.[1]

ومع ذلك، بعد زوال نظام طالبان بعامين تقريبا، لا نشهد، أي تحسن. ومن المعتقد أن ١٢٪ فقط من النساء الحوامل يمكنهن الحصول على رعاية طارئة في حالة الولادة. ووفقا لتقديرات صندوق الأمم المتحدة للسكان، فإن معدل وفيات الأمهات لا يزال حوالي ٨٢٠ حالة وفاه لكل ١٠٠ ألف حالة ولادة حية، بينما يقدر صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) الرقم بـ ١٦٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠ ألف حالة ولادة حية – وهو أعلى معدل لوفيات الأمهات في أي مكان في العالم. وتعتبر مضاعفات الحمل والولادة السبب وراء حوالي نصف حالات الوفاة المعلنة لنساء أفغانيات في عمر يسمح بالحمل والولادة، وكان من الممكن تلافي ٨٧ ٪ من تلك الحالات.[2] ويتمتع الأطفال حديثو الولادة الذين فقدوا أمهاتهم بفرصة واحدة من بين أربع فرص للبقاء علي قيد الحياة حتى إتمامهم عامهم الأول، إذ يموت أغلبية هؤلاء الأطفال في الشهر الأول بعد الولادة. ويبلغ معدل وفيات الأطفال الرضع ١٦٠ حالة من بين كل ١٠٠٠ مولود حي[3]، ويعتبر هذا أيضا أعلي مستوي لوفيات الأطفال الرضع في العالم. وحتى إذا وضعنا في الحسبان عدم مصداقية الإحصائيات واختلاف مناهج البحث التي ينتهجها الباحثون، فسنجد أن أفغانستان، دون أدنى جدل، تعاني من تدني مستوي رعاية الصحة الإنجابية بصورة مفزعة.

ولم يكن للبرامج التي نفذتها المنظمات غير الحكومية والوكالات التابعة للأمم المتحدة أثر كبير في تقليل حالات وفيات الأمهات. ويتعين علينا التحول عن حسابات البعد الواحد التي تصف المشكلة فقط من زاوية عدم المساواة علي أساس النوع والقيود التي تحول دون حصول المرأة على خدمات الصحة الإنجابية بحيث يتجه اهتمامنا إلي فهم أوسع للعوامل التي تسهم في الارتفاع المستمر في مستويات حالات وفيات الأمهات في أفغانستان.

الثقافة وفرص حصول المرأة على الخدمات الصحية

كان لسياسات نظام طالبان المقيدة أثر هائل علي الطريقة التي صاغت بها الحكومات الغربية والمانحين عمليات تخطيط وتوصيل خدمات رعاية الصحة الإنجابية في فترة ما بعد طالبان. وكان هناك اتجاه واضح للتركيز على حالات وفيات الأمهات باعتبارها مشكلة ناجمة عن سياسة عدم المساواة بين الرجل والمرأة المتأصلة بصورة عميقة والتي تحد من اختيارات المرأة وحصولها على الخدمات الصحية. وبالفعل، أشارت كل التقارير الصادرة عن المغتربين إلى ندرة طواقم الإناث المؤهلة باعتبار أن ذلك عاملا رئيسيا يسهم في سوء رعاية الصحة الإنجابية في بيئة من غير المقبول فيها على الدوام أن يقوم طبيب ذكر بفحص مريضة. وفيما يتعلق بسعي المرأة للحصول على الخدمة الصحية، أفادت التقارير إن الأغلبية العريضة من النساء يتعين عليهن الحصول على إذن من أزواجهن لكي يحصلوا على الرعاية الصحية. والنساء – على وجه اليقين – لا يتمتعن بسلطة اتخاذ قرارات حول وسائل منع الحمل أو المباعدة بين فترات الولادة.

وذلك كله صحيح. إلا أنه في سياق إعادة إعمار أفغانستان، تعد مشكلة وفيات الأمهات أكثر تعقيداً من ذلك بكثير. وهناك ثلاثة أسباب وراء ضعف فعالية الأسلوب القائم على الحقوق الذي تم طرحه للتغلب على هذه المشكلة.

> تعتبر التقاليد الأفغانية أكثر مرونة ونفوذاً عن القوانين

السبب الأول هو أن زوال نظام حكم طالبان قضى على النظام المركزي الذي فرض سياسات مقيدة على أساس النوع الاجتماعي في أنحاء أفغانستان. ورغم أن بعض التقارير أبرزت استمرار القيود التي يفرضها الزعماء الإقليميون، فإن كل السياسات التي تتبعها الحكومة والتشريعات التي تصدرها حاليا تؤيد إتاحة الخدمات الصحية والتعليم للجميع. ودون شك، تعتبر التقاليد الأفغانية أكثر مرونة ونفوذاً عن القوانين هناك. وهكذا تحولت معركة إتاحة الخدمات الصحية الإنجابية من نطاق السياسات الحكومية إلى المنحدر الزلق للثقافة والتقاليد. ولذلك فإن التحدي الحالي من أجل تطوير أي نوع من استراتيجية الدفاع المجتمعي التي ترمى إلى النهوض بإتاحة خدمة رعاية الصحة الإنجابية يكمن في كيفية التعامل مع القيود المرتبطة بالسياسة المحلية والاتجاهات الثقافية وتفسيرات الإسلام.

ثانياً: ثبت أن التركيز فقط على النهوض بحقوق المرأة خيار سهل للغاية. وفى واقع الأمر فإن الضغوط على المرأة للزواج في سن مبكرة وافتقارها لحرية اتخاذ قرارات المباعدة بين مرات الولادة تعد عوامل هامة ومؤثرة في وفيات الأمهات. إلا انه وفى سياق يتردد فيه أن الفهم الغربي لحقوق المرأة يختلف عن التقاليد

الأفغانية. هناك حاجة لإعادة النظر في مدى فعالية الأسلوب القائم على حقوق المرأة في تحسين إتاحة خدمات الصحة الإنجابية وتقليل وفيات الأمهات.

أخيراً، وربما السبب الأكثر أهمية، هو أن القضية في أفغانستان ليست قضية إتاحة الخدمات الصحية أمام المرأة، ولكنها قضية النقص الحاد في المنشآت. وكما قالت امرأة أفغانية في مقابلة معها: «حسناً القضية ليست ما إذا كنت سأذهب لمنشأة صحية أو ما إذا كان زوجي سيسمح لي بالذهاب ولكن القضية هي أين يمكن أن أذهب. فنحن بكل تأكيد سنستخدم هذه الخدمات إذا ما كانت متاحة وثبت أنها موثوق فيها[٤]».

ما هي الخدمات المطلوب إتاحتها؟

منذ عام ١٩٧٩ تم تدمير طرق أفغانستان، وشبكات الري فيها والمنشآت التعليمية والبنية الصحية والموارد البشرية. وعاد من إيران وباكستان منذ فبراير ٢٠٠٢ ما يزيد عن ٢ مليون أفغاني من الذين فروا من أفغانستان أثناء الصراع. وتقيم نسبة كبيرة من العائدين في مستوطنات مؤقتة حول كابول، حيث يفتقرون إلى المسكن والوظائف والخدمات الصحية والتعليم. إضافة إلى ذلك، هناك حوالي ٢٤٠ ألف نازح معترف بهم رسمياً يعيشون في مخيمات ويتلقون إعانات من المجتمع الدولي.

وبالنسبة للغالبية العظمى من الأفغان القرويين، فإن المنشآت الصحية يتعذر الوصول إليها وتعاني من عدم كفاية المعدات والعاملين. أما الطرق والمواصلات فهي ليست متاحة، كما أن النساء الحوامل غالباً ما يضطرون للسفر لعدة ساعات على ظهر حمار من أجل الحصول على رعاية صحية. ولا يعد من المثير للدهشة أن كل النساء يلدن في المنزل بدون مساعدة شخص مؤهل. وفي مرحلة ما بعد طالبان، ركزت برامج الصحة الإنجابية في أفغانستان بصورة أساسية على تدريب وبناء قدرات القابلات التقليديات. واقتصر التدخل لتوفير خدمات الصحة الإنجابية بصورة كبيرة على توفير البيئة الآمنة لاستشارات ما قبل الولادة ومبادرات التوعية الصحية التي تغطي موضوعات كالرضاعة، وتنظيم الأسرة، والتغذية، والتطعيم ضد الأمراض، والتوعية بالأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس.

وهذا النهج رخيص نسبياً وسهل التنفيذ، وثبت أنه كذلك طريقة سهلة لضرب عصفورين بحجر واحد: فمن ناحية، كانت هذه المبادرات ترضي تطلعات المانحين بخصوص النوع الاجتماعي. ومن ناحية أخرى، كانت تتمشى مع الاتجاه السائد وهو إقامة المشروعات «ذات الأثر السريع». ومع ذلك، أظهرت التجارب مراراً أن الأثر السريع ليس بالضرورة هو الأفضل ولا يزال من الصعب تحديد (الأثر). وأظهرت دراسات عديدة في دول مختلفة أن هذه المشروعات، وإن كانت جيدة التخطيط والتنفيذ، من المرجح أنها ستكون ذات أثر ضئيل على معدلات وفيات الأمهات ما لم يتم دمجها في برامج أوسع نطاقاً توفر خدمات متميزة للولادة ورعاية ما بعد الولادة وتحسين البنية.

لمن يجب توفير هذه الخدمات؟

الآفات المتنوعة بصورة كبيرة والناجمة عن النزوح الداخلي معروفة. وتناقش كتابات حالية بصورة واسعة الحاجة للحماية القانونية والجسمانية والمصاعب الناجمة عن فقدان الحياة وانحسار شبكات المساعدة. ومع ذلك أظهرت التجارب أنه بالمقارنة بعموم السكان فإن النازحين الذين يعيشون في مجتمعات تتلقى مساعدات من المجتمع الدولي يمكن أن يكونوا في بعض الأحيان أفضل حالاً من عموم السكان من ناحية توفر خدمات الرعاية الصحية بما في ذلك الصحة الإنجابية.

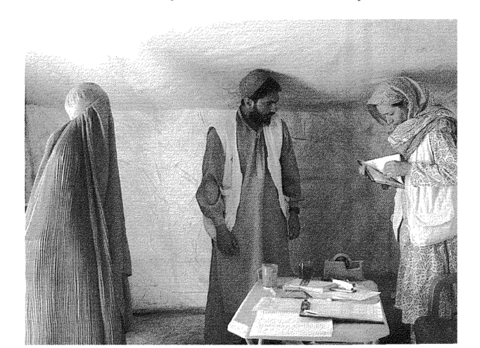
وتسمح بيئة المخيم لوكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية بالعمل مع سكان متركزين في منطقة جغرافية محدودة ومن ثم، يمكن الوصول إليهم بسهولة. وبما أن برامج الصحة الإنجابية لا تتطلب توفير منشآت منفصلة، من المجدي أن يتم دمج الصحة الإنجابية في تدابير خدمات الصحة العامة في حال توفرت الموارد البشرية والمادية. والبيئة المحدودة التي يوفرها المخيم من الممكن كذلك أن تجعل الأمر أيسر نسبياً لإشراك السكان بصورة فاعلة في مراحل التخطيط والتنفيذ. ومن الممكن تحديد هوية القابلات التقليديات اللاتي تعشن في المخيم وتدريبهن. كما أنه سيكون لمبادرات التوعية الصحية فرص أفضل لتحقيق استمرارية الخدمة الصحية وارتفاع مستوى من تشملهم هذه الخدمة .كما أن بيئة المخيم يمكن أن تسهل زيارات ما بعد الولادة على يد أخصائيين مؤهلين ومتابعة ما بعد الولادة.

ومع ذلك، حتى لو تم تنفيذ كل هذه النظم بفاعلية، فإن السؤال الهام عن مدى توفر خيارات الإحالة (إلى المستشفيات والعيادات) سيظل بدون إجابة. وحتى لو تم توفير وسيلة مواصلات إلى عيادة قريبة فإن الافتقار للعاملين والمعدات سيجعل التعامل مع حالات الولادة العسرة ضرباً من ضروب المستحيل. ولذلك فإن التركيز المحدود على الصحة الإنجابية والنازحين داخلياً لا يكون أمراً معقولاً إذا كان الهدف هو تقليل وفيات الأمهات، لأن التحدي في أفغانستان يكمن في تحسين الخدمات لتصل لمستوى المستشفيات وضمان إتاحة الرعاية المميزة أثناء التوليد للنازحين داخلياً ولعموم السكان.

معالجة وفيات الأمهات خارج المخيمات

من المعترف به الآن على نطاق واسع هو أنه كان هناك فتور في الالتزام بإعادة إعمار أفغانستان. فكم الأموال التي تم التعهد بها في بادئ الأمر كان قليلا بالمقارنة بالأزمات الإنسانية الأخرى ولم يتم توزيعها بشكل دائم حسب الوعود التي أعطيت. وعلاوة على ذلك، فإن الالتزام بمساعدة الإدارة الأفغانية في توفير الأمن في مناطق كبيرة من البلاد كان أيضا مثيرا للالتباس.[٥]

وبسبب ندرة الموارد والأثر الناجم عن استنزاف العقول في أفغانستان، ليس في مقدور وزارة الصحة الأفغانية قليلة الخبرة القيام بالتخطيط الشامل والتنفيذ المركزي لمبادرات في أنحاء



البلاد. وفي مرحلة إعادة الإعمار الحالية كانت قدرات وزارة الصحة محدودة بفعل الأولويات التي وضعها المانحون للمشروعات التي تنفذها المنظمات غير الحكومية والوكالات الدولية. ونجمت عن ذلك الموقف مشكلات كثيرة في مجال الإدارة وتنسيق تدفق المعونات والتنسيق بين جداول أعمال الوكالات والتكليفات الموكلة إليها. وهذا الموقف شجع على انتهاج سياسة خاصة. ومن ثم، لم تأت الاستراتيجيات بالنتائج المتوقعة.

ويجب الوفاء بأربعة شروط على الأقل من أجل تقليل وفيات الأمهات في أفغانستان:

١. يجب الاعتراف بالصحة الإنجابية كجزء لا يتجزأ من الصحة العامة التي لا يمكن فصلها عن الرفاهة العامة للمرأة والرجل والأطفال. ويجب دمج الصحة الإنجابية في خطة صحية عامة وشاملة تهدف إلى توفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية لغالبية السكان بالمجان. ويضع أسلوب «اتفاقات الشراكة القائمة على الأداء» المتبع حاليا المسئولية على منظمات غير حكومية اختارها المانحون من أجل توفير الخدمات الصحية الأساسية في أنحاء البلاد. ومن ثم، هناك خطر ألا يكون هذا الأسلوب نهجاً مستداماً أو يخضع للمساءلة أمام الشعب الافغاني.

٢. هناك حاجة لزيادة العون للإدارة الأفغانية. فمن غير الواقعي الاعتقاد بأن وزارة الصحة ستصبح في موقف يمكنها من تحمل المسؤولية الأساسية لتوفير الرعاية الصحية بدون مساعدة المانحين في توفير الإمدادات والتخطيط وتنمية البنية الأساسية وبناء القدرات. ويجب التحرك من أجل معالجة آثار التنافس القائم بين الوكالات والتي خلقت عامل جذب يجتذب أخصائيات الصحة الماهرات من المراكز الريفية للمراكز الحضرية.[٦] ويسهم عدم عمل وكالات دولية كثيرة في مناطق نائية بسبب المخاوف الأمنية في تدهور رعاية الصحة الإنجابية في الأماكن التي هي في أمس الحاجة إليها.

٣. يجب مساعدة عيادات الأمومة والمستشفيات الإقليمية للحصول على المعدات والعاملين المدربين الضروريين من أجل توفير رعاية مميزة. ويتعين على أي استراتيجية فعالة ترمي إلى تقليل وفيات الأمهات أن تستهدف كل المستويات الثلاثة: رعاية ما قبل الولادة، المساعدة أثناء عملية الولادة، ورعاية ما بعد الولادة. ولا يحظى المستويان الأخيران باهتمام كبير حتى الآن.

٤. يجب أن نعطى الأولوية للحاجات الأساسية في المناطق الريفية والحضرية: المياه النظيفة، والتغذية، والمأوى، والصحة العامة، والأمن والتعليم. وكلها حاجات تسهم في توفير أمومة سالمة. •

وتعد كل من التقاليد وعدم توفير الحاجات الأساسية أمراً مهلكاً لنساء تسمح لهن أعمارهن بالحمل والولادة في بلد وصف بأنه أخطر مكان على الأرض لأي امرأة لأن تصبح فيه أماً. ويتعين على المانحين والوكالات والحكومة أن يعملوا سوياً على تلبية حاجات كل من النازحين الداخليين وعموم السكان.

وتهدد المغالاة في دور العادات الثقافية والاجتماعية في استمرار ارتفاع معدلات وفيات الأمهات في أفغانستان بأن تتحول تلك العادات إلى مجموعة خطيرة من الأعذار التي تستخدم كمبرر لفشل العاملين الدوليين والوطنيين للوفاء بتعهداتهم بإعادة تأهيل النظم الصحية.

هيرنان ديل فال:هي منسقة الشئون الإنسانية بمنظمة (أطباء بلا حدود MSF-Holland/Artsen Zonder Grenzen http://www.artsen zondergrenzen .nl
يعكس هذا المقال وجهات النظر الشخصية للكاتب وهو لا يمثل بالضرورة موقف أو سياسات منظمة (أطباء بلا حدود) في أفغانستان. بريد إلكتروني hernandevalle@yahoo.com

١ انظر، حرب طالبان على النساء، أطباء من أجل حقوق الإنسان PHR، ١٩٩٨. وانظر أيضا، صحة المرأة وحقوق الإنسان في أفغانستان، PHR2001، على الموقع www.phrusa.org /publications/ afghan.html

٢ وفيات الأمهات في أفغانستان: حجم المشكلة وأسبابها وعوامل الخطر والوقاية -تقرير نشرته وزارة الصحة العامة الأفغانية، واليونيسيف ومركز الوقاية والحد من الأمراض، نوفمبر ٢٠٠٢. انظر www.afghanica.org/dokum ente/mat%20mortality.pdf

٣ تقرير حالة السكان في العالم، UNFPA، 2002. (www.unfpa.org/swp/swpmain.htm)

٤ مقابلة مع زوجة عمرها ٢٠ سنة في قندهار، أفغانستان، أغسطس ٢٠٠٣.

٥ أنظر (FMR18) صفحات ٣٨، ٣٩.

٦ مشروع قانون «سياسة المرتبات الوطنية» هو محاولة للتغلب على هذه المشكلة. أنظر سياسة المرتبات الوطنية للمنظمات غير الحكومية العاملة في قطاع الصحة أفغاني الذي أعدته مجموعة عمل سياسة المرتبات الوطنية.
(SCA, CCMU/MoH, IAM, AHDS, USAID/ MSH)


UNFPA

مؤشرات جهود الأمم المتحدة: المفتاح لقياس خفض نسبة الوفيات بين الأمهات

بقلم: جانيت مايرز وسامانتا لوبيس وهنية دقاق

هل يعتبر ما يتخذ من إجراءات الآن كافيا لتوفير الرعاية اللازمة للسيدات النازحات أثناء الولادة الطارئة؟

يموت سنويا ما يزيد عن نصف مليون امرأة بسبب مضاعفات الحمل والولادة، كما يعانى أكثر من هذا العدد من حالات عجز حادة. وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية فإن ١٥٪ من مجموع النساء الحوامل يصبن بمضاعفات تتعلق بشكل مباشر بالولادة مثل النزيف، أو الولادة المتعسرة أو المخاض لمدة طويلة، أو تشنجات المخاض أثناء الحمل أو التشنجات أثناء الولادة، أو تسمم الدم، أو تمزق فى الرحم، أو الحمل خارج الرحم وفى النهاية مضاعفات الإجهاض. وإذا ما تُركت هذه المضاعفات دون علاج، فسوف تؤدى بالضرورة إلى الوفاة أو العجز الحاد. ولا يمكن الحد من نسبة الوفيات وانتشار الأمراض بين الأمهات إلا عن طريق ضمان توفير علاج طبى جيد وفى الوقت المناسب دون تأخير للسيدات اللاتى يعانين من مضاعفات أثناء الولادة. ونتيجة لهذه الظروف اليائسة، تتعرض اللاجئات والنازحات داخليا اللاتي تهربن من مناطق الصراع لمخاطر الوفاة الناتجة عن الحمل وكذلك لمخاطر المرض والعجز.

إن أحد الأهداف التنموية الأساسية للأمم المتحدة فى الألفية الجديدة هو خفض نسبة الوفيات بين الأمهات بنسبة ٧٥٪ مع حلول عام ٢٠١٥. وحيث إن مضاعفات الولادة لا يمكن التنبؤ بها أو الوقاية منها، لذا ينبغي أن تحصل جميع النساء الحوامل على الرعاية الصحية الجيدة أثناء الولادة الطارئة. ومن هنا، تم تحديد «المهام البارزة» الأساسية والضرورية لتوفير الرعاية الصحية الأساسية والشاملة في حالات الولادة الطارئة. وطبقا لهذه المهام، يجب أن تتضمن خدمات الرعاية الصحية الأساسية فى حالات الولادة الطارئة القيام بالمهام البارزة التالية: إعطاء مضادات حيوية عن غير طريق الفم (عن طريق الوريد أو الحقن)، وأدوية معجلة للولادة عن غير طريق الفم، وأدوية ضد التشنجات عن غير طريق الفم (سواء التشنجات أثناء الحمل أو أثناء الولادة)، وكذلك إزالة المشيمة يدويا، وإزالة المخلفات والولادة الطبيعية. وتتضمن خدمات الرعاية الصحية الشاملة أيضا في حالات الولادة الطارئة بالإضافة إلى كل ما سبق، القدرة على إجراء عملية ولادة قيصرية ونقل الدم.

وتجدر الإشارة إلى أن السكان في المناطق التي تعاني من الصراعات تتاح لهم فرص الحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة الطارئة من خلال مجموعة الخدمات الأولية الأساسية Initial Minimum Service Package (MISP) الخاصة بخدمات الصحة الإنجابية[1]. غير أن مجموعة الخدمات الأولية الأساسية صممت ووضعت لمنع ارتفاع نسبة انتشار الأمراض والوفيات بين الأطفال حديثى الولادة والأمهات فى المراحل المبكرة من حالات الطوارئ الخطرة، وحيث إن معظم السكان في المناطق التي تعاني من الصراعات تقيم في معسكرات لفترات طويلة من الزمن، فبالتالى يجب أن تبذل الجهود لتوفير خدمة دائمة للرعاية الصحية أثناء الولادة الطارئة. لذلك، وحتى يمكن خفض نسبة الوفيات وانتشار الأمراض بين الأمهات فى هذا المجتمع من النساء، يجب تقييم نظام الصحة المحلى وبالتالى يجب تقييم خطة برامج الرعاية الصحية فى حالات الولادة الطارئة.

مؤشرات جهود الأمم المتحدة

في عام ١٩٩٧، أصدر صندوق الطفل التابع للأمم المتحدة اليونيسيف UNICEF، ومنظمة الصحة العالمية WHO، وصندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA مجموعة من المؤشرات أطلق عليها «مؤشرات جهود الأمم المتحدة» لمتابعة توفر خدمات الرعاية الصحية أثناء الولادة الطارئة واستخدام هذه الخدمات وكذلك مستوى جودتها.[2] ولتوحيد استخدام مؤشرات جهود الأمم المتحدة، تم نشر هذه المؤشرات مع مجموعة من المبادئ التوجيهية في نفس الوثيقة التي حملت اسم: «المبادئ التوجيهية لمتابعة توفر واستخدام خدمات الولادة»[3] والتي عادة ما يشار إليها باسم «المبادئ التوجيهية للأمم المتحدة».

وبناء على مجموعة محددة من الخدمات الطبية التى يجب توفرها فى أماكن تقديم الرعاية الصحية حتى يمكن إنقاذ النساء اللاتى يعانين من مضاعفات، تقدم مؤشرات الأمم المتحدة أسلوبا منهجيا لتقييم أنظمة الرعاية الصحية

قسم الحمل والولادة في مخيم كاكوما، كينيا

المؤشرات الست لجهود الأمم المتحدة والمستويات التي ننصح بها

مؤشر الأمم المتحدة لقياس التقدم	التعريف	المستوى الموصى به
١. حجم الرعاية الصحية المتوفرة فى حالات الولادة الطارئة	عدد الأماكن المتاحة التى تقدم رعاية صحية فى حالات الولادة الطارئة	الحد الأدنى: مكان واحد يقدم رعاية صحية شاملة في حالة الولادة الطارئة لكل ٥٠٠ ألف نسمة الحد الأدنى: أربعة أماكن توفر رعاية صحية أساسية فى حالة الولادة الطارئة لكل ٥٠٠ ألف نسمة
٢. التوزيع الجغرافى للأماكن التى توفر الرعاية الصحية فى حالات الولادة الطارئة	التوزيع الجيد للأماكن التى توفر الرعاية الصحية فى حالات الولادة الطارئة على مستوى الأقاليم داخل البلد	الحد الأدنى: ١٠٠٪ من الأقاليم بها العدد الأدنى المقبول للأماكن التى توفر الرعاية الصحية الأساسية وتلك التى توفر الرعاية الصحية الشاملة في حالات الولادة الطارئة
٣. نسبة الأطفال الذين يولدون فى الأماكن التى توفر الرعاية الصحية فى حالات الولادة الطارئة	نسبة الأطفال الذين يولدون فى الاماكن التى توفر الرعاية الصحية فى حالات الولادة الطارئة لإجمالى عدد المواليد	الحد الأدنى: ١٥٪
٤. الحاجات التى لبتها خدمات الرعاية الصحية فى حالة الولادة الطارئة	نسبة النساء اللاتى تعانين من مضاعفات أثناء الولادة ويتوجهن للعلاج في الأماكن التي توفر خدمات الرعاية الصحية فى حالة الولادة الطارئة	على الأقل ١٠٠٪ ،والتى تقدر بنسبة ١٥٪ من الولادات المنتظرةً
٥ نسبة الولادة القيصرية بالنسبة لإجمالى عدد حالات الولادة	نسبة العمليات القيصرية لإجمالى حالات الولادة	الحد الأدنى ٥٪ الحد الأقصى ١٥٪
٦. معدل الوفيات فى هذه الحالات	نسبة النساء اللاتى يعانين من مضاعفات أثناء الولادة اللاتى يمتن داخل الأماكن التى توفر الرعاية الصحية	الحد الأقصى ١٪

والتخطيط لتوفير علاج مستمر للأمهات. وبينما وضعت العديد من هيئات الأمم المتحدة والجمعيات الأهلية مجموعة متنوعة من الأدوات، ومجموعة من الخدمات، والسياسات بهدف توحيد خدمات الصحة الإنسانية ومتابعتها وبهدف إدراج صحة الأم ضمن هذه الخدمات، فإن معظم ما يقدم لا يتناول بشكل كاف أو نمطي مسألة توفير الرعاية الصحية أثناء الولادة الطارئة، ولهذا السبب يصبح لا غنى عن مؤشرات جهود الأمم المتحدة بالنسبة للمجتمع الإنساني.

وتجيب مؤشرات جهود الأمم المتحدة على التساؤلات التالية:

- هل هناك عدد كاف من الأماكن توفر الرعاية الصحية فى حالات الولادة الطارئة؟
- هل هذه الأماكن موزعة جغرافيا بشكل جيد؟
- هل هناك عدد كاف من النساء يقصدن هذه الأماكن؟
- هل تقصد النساء اللاتى يعانين من مضاعفات فى الولادة هذه الأماكن؟
- هل هناك خدمات ضرورية تتوفر بقدر كافى؟
- هل جودة الخدمات المقدمة ملائمة؟

الأدلة والمبادئ التوجيهية الموضوعة في دائرة الضوء:

راجع مركز اللاجئين للصحة الإنجابية خمسة أدلة ومبادئ توجيهية منشورة تستخدمها المنظمات الإنسانية للتأكيد على الحاجة إلى تطبيق مؤشرات جهود الأمم المتحدة فى المناخ الذي يسوده الصراعات. وفيما يلي الوثائق التي روجعت:

- المشروع العالمى Sphere Project: الميثاق الإنسانى والمعايير الدنيا فى الاستجابة للكوارث: The Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response المشروع العالمى، ٢٠٠٠.[٤]
- مجموعة العمل بين الهيئات المعنية بالصحة الإنجابية في أوضاع اللاجئين (IAWG) Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations. الصحة الإنجابية فى أوضاع اللاجئين: دليل ميدانى بين الهيئات Reproductive Health in Refugee Situations: an Inter-Agency Field Manual، جينيف : المفوضية العليا للاجئين التابعة للأمم المتحدة UNHCR. ١٩٩٩.[٥]
- أطباء بلا حدود Medecins Sans Frontieres (MSF)، صحة اللاجئين: منهج لتناول حالات الطوارئ Refugee Health: An Approach to emergency situations، ١٩٩٧.[٦]
- منظمة الصحة العالمية، الصحة الإنجابية أثناء الصراعات والنزوح: دليل لمديرى البرامج Reproductive Health During Conflict and Displacement: A Guide for Programme Managers، جينيف: منظمة الصحة العالمية، إدارة الصحة الإنجابية والبحث، ٢٠٠٠.[٧]
- المفوضية العليا للاجئين التابعة للأمم المتحدة **UNHCR**، تويجهات حول حماية اللاجئات، ١٩٩١.[٨]

وقد طرحت أربعة تساؤلات لتوجيه المراجعة:

١. هل تتضمن المراجعة الوثيقة الرعاية الصحية أثناء الولادة الطارئة؟

٢. هل تحدد المراجعة بوضوح الخدمات التي يجب توفرها فى الرعاية الصحية فى حالة الولادة الطارئة؟

٣. هل تتضمن المراجعة مؤشرات جهود الأمم المتحدة في التقييم والمتابعة وخطط التقييم؟

٤. هل تتضمن المراجعة مبادئ الأمم المتحدة التوجيهية كمرجع لها؟

وفيما يلى أهم ما توصلنا إليه:

- يتضمن دليل **المشروع العالمى** والذى تم تعديله مؤخرا قسما حول الرعاية الصحية فى حالات الولادة الطارئة ويحدد بوضوح الخدمات الأساسية للرعاية الصحية فى هذه الحالة التى يجب توفيرها فى المركز الصحى وكذلك الخدمات الشاملة المطلوب توفرها لدى المستشفيات التى يتم تحويل الحالات إليها، غير أن مؤشرات جهود الأمم المتحدة لم تكن موجودة فى الدليل وكذلك لم تكن هناك قائمة بالمبادئ التوجيهية للأمم المتحدة فى الجزء الخاص بالمراجع.

- بينما يتضمن «**دليل مجموعة العمل بين الهيئات المعنية بالصحة الإنجابية في أوضاع اللاجئين**» أهمية جودة الرعاية الصحية المقدمة فى حالات الولادة الطارئة للحد من معدلات الوفاة بين الأمهات، كما يناقش مؤشرات الجهود بشكل عام ويشير إلى المبادئ التوجيهية للأمم المتحدة، غير انه لا يتضمن مؤشرات جهود الأمم المتحدة بشكل محدد.

- يتضمن دليل **أطباء بلا حدود** الحاجة إلى وجود رعاية صحية فى حالات الولادة الطارئة، وأهمية العمل مع أنظمة الصحة القائمة والصلة المباشرة بين مضاعفات الولادة ونسبة انتشار الأمراض والوفيات بين الأمهات. ولكن لا يتضمن الدليل خدمات الرعاية الصحية فى حالات الولادة الطارئة ولا المهارات المطلوبة، كما لا يشير إلى مؤشرات جهود الأمم المتحدة، أو المبادئ التوجيهية للأمم المتحدة.

- يتضمن الدليل الذي أعدته **منظمة الصحة العالمية** أهمية الرعاية الصحية فى حالات الولادة الطارئة، وأهمية جودة هذه الرعاية، وحقوق الإنسان كما يوفر قائمة ببعض الخدمات الخاصة بالرعاية الصحية فى حالات الولادة الطارئة وأنواع المتمرسين المطلوب توفرهم. وبينما يتضمن الدليل قائمة عامة بمؤشرات الجهود، فإنه لا يتضمن جميع خدمات الرعاية الصحية الضرورية في حالات الولادة الطارئة أو المهارات المطلوبة كما لا يشير بشكل واضح لمؤشرات جهود الأمم المتحدة أو المبادئ التوجيهية لأمم المتحدة.

- تتضمن توجيهات **المفوضية العليا للاجئين** الحاجة لتوفر الخدمات الصحية للنساء غير أنها لا تتضمن بشكل محدد الرعاية الصحية فى حالات الولادة الطارئة.

توصيات:

لقد كان هناك تحسن كبير فى تعريف المؤشرات

لمتابعة وتقييم مبادرات الرعاية الصحية فى حالات الولادة الطارئة فى البرامج الإنسانية. غير أنه لا زالت هناك حاجة لتوحيد أساليب المتابعة والتقييم لبرامج الحد من نسبة الوفيات بين الأمهات بأسلوب مفهوم عالميا. يجب توزيع التوجيهات التى وضعتها اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان[9] على جميع الهيئات التى تعمل مع الشعوب المنكوبة بالحروب. إن رفع مستوى التنسيق بين ميدان العمل والشركاء الآخرين على المستوى القومى من أجل جمع مؤشرات جهود الأمم المتحدة سيحسن بالضرورة جودة البيانات كما سيرفع من مستوى المتابعة لبرامج الحد من نسبة الوفيات بين الأمهات.

جانيت مايرز هى المستشار الفنى للرعاية الصحية فى حالات الولادة الطارئة لدى مركز الصحة الإنجابية المعني باللاجئين، RHRC Consortium البريد الإلكتروني: janetm@womenscommission.org

سامانثا لوبيس هى مسئول المتابعة والتقييم، جامعة كولومبيا، البريد الإلكترونى: sjl54@columbia.edu

هنية دقاق هى مستشار الصحة لدى هيئات الصحة الدولية، البريد الإلكترونى: hdakkak@imcworldwide.org

ومن أجل تلبية احتياجات الشعوب المتأثرة بالصراعات، وبتمويل من مشروع تفادى العجز والوفاة بين الأمهات Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Project فى جامعة كولومبيا، يدعم اتحاد البرامج المعنية بالصحة الإنجابية في مناطق الصراعات RHRC Consortium إحدى عشر مشروعا للرعاية الصحية فى حالات الولادة الطارئة فى دول البوسنة والهرسك، وكينيا، وليبيريا، وباكستان، وسيراليون، وجنوب السودان، وتايلاند، وتانزانيا، وأوغندا. وحيث أن أماكن توفير هذه الرعاية كثيرا ما يتم تخريبها أو تدميرها بالكامل أثناء فترة الصراعات، فقد تتضمن النشاطات الأولية بناء هذه الأماكن أو تجديدها علاوة على توفير الأجهزة، والمستلزمات، والأدوية، علاوة على نشاطات إضافية من تدريب العاملين والتواصل مع المجتمع.

١ مجموعة الخدمات الأولية الأساسية هي مجموعة من النشاطات ذات الأولوية التى صممت لمنع حالات انتشار الأمراض والوفيات بين الأطفال حديثى الولادة والأمهات، وخفض نسبة انتقال فيروس HIV، ومنع عواقب العنف الجنسى والتحكم فيه، والتخطيط لتوفير خدمات شاملة للصحة الإنجابية. ويمكن الحصول على المزيد من المعلومات، من على موقع: www.ippf.org/resource/refugeehealth/manual/2.htm#Objectives

٢ باكستون A Paxton، مين D Maine، وحجاب N. Hijab. استخدام مؤشرات جهود الأمم المتحدة لخدمات الولادة الطارئة. مكتبة AMDD، مايو ٢٠٠٣

٣ انظر www.eldis.org/static/DOC12421.htm.

٤ انظر www.sphereproject.org

٥ انظر www.unfpa.org/emergencies/manual

٦ أطباء بلا حدود Medecins sans Frontieres، صحة اللاجئين، منهج لتناول حالات الطوارئ. مدينة نيويورك: شركة ماكميلان للتعليم MacMillan Education Ltd

٧ انظر www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_00_13_RH_conflict_and_displacement/RH_conflict_introduction.en.html

٨ انظر www.womenscommission.org/pdf/unhcr.pdf

٩ «المبادئ التوجيهية لمتابعة توفر واستخدام خدمات الولادة» متوفر نسخة منه عن طريق الاتصال بصندوق السكان التابع للأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية كما يمكن طلبه عبر الإنترنت من المواقع التالية:
- http://www.unicef.org/health/guidelinesformonitoringavailabilityofemoc.pdf
- www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/188_filename_emoc-guidelines.doc
- www.who.int/reproductive-

ما لم تتواجد المنتجات لن تتواجد البرامج! الأمور اللوجستية الخاصة بإمدادات الصحة الإنجابية في المناطق المتضررة من الصراعات

بقلم: بول كريستال وليزا ايرليش

الأمور اللوجستية الفعالة الخاصة بالصحة الإنجابية ضرورية ومجدية.

تعمل حكومة أنجولا مع المنظمات غير الحكومية للبدء في سلسلة من حملات إعلامية وأنشطة جسورة لمنع الإصابة بفيروس HIV المسبب للإيدز. ومع ذلك، أدت خمسة وعشرون عاما من الحرب الأهلية إلى حرمان أنجولا من قدرتها على تدبير وسائل منع الحمل الكافية لتلك البرامج أو حتى ضمان وجود إمداد منتظم للأدوية الأساسية لتلبية الاحتياجات الصحية الأساسية الأخرى لسكان أنجولا. ونفس الشيء يحدث في جمهورية الكونغو الديمقراطية حيث لا تتوافر الرفالات (العوازل الواقية) خاصة في الشرق، وحيث تسهم تنقلات السكان والوجود العسكري واستخدام الاغتصاب كسلاح في الحرب في زيادة انتقال فيروس HIV. وقد خلص تقييم أجراه «مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية بالأمم المتحدة» OCHA عن المنشات الصحية في كينشاسا إلى أن مخزونات الكثير من الأدوية الأساسية، خاصة تلك الأدوية الضرورية لبرامج الأمومة الآمنة، قد بدأت في النفاذ. ورغم أنه من الممكن الحصول علي إمدادات وسائل تنظيم الأسرة في صيدليات كثيرة إلا إنها باهظة الثمن بالنسبة لمعظم النساء.

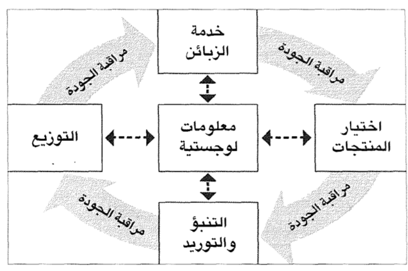
وتصبح البرامج الصحية غير ذي فعالية عندما لا تتوافر للمستخدمين المنتجات التي يحتاجونها. وهنا تصبح الأنظمة اللوجيستية أمرا ضروريا للتأكد من أن الكميات المناسبة من المنتجات المناسبة تصل إلى المكان وفي الزمان المناسبين بالحالة المناسبة والسعر المناسب. وغالبا ما يتم إغفال التخطيط اللوجستي في السعي من أجل عمل برامج للصحة الإنجابية ودعمها وتمويلها لـ 37 مليون لاجئا ونازحا داخليا في العالم. وتواجه النساء اللاتي لا يتوفر لهن رعاية الصحة الإنجابية تزايد خطر مضاعفات الولادة، وحالات الحمل في غير أوانه والإجهاض غير المأمون، والأمراض المعدية والوفاة.

لقد حان الوقت لنبذ الخرافة التي تقول أن الأنظمة اللوجستية معقدة للغاية أو أنها تمثل جزءا ثانويا فقط في تخطيط البرامج. وفي حقيقة الأمر فإن بناء نظام لوجستي للصحة

الإنجابية للاجئين والنازحين داخليا يمكن أن يمثل تحديا خاصا. إلا أنه من الممكن لأي مورد للخدمة قادر على إدارة برنامج للصحة الإنجابية في هذه المناطق أن يضع وينفذ نظام إدارة لوجستي سهل يساعد في تقرير المخزونات والكميات المطلوب تخزينها وموعد إعادة طلب الإمدادات. وكما هو موضح في الرسم التخطيطي التالي، فإن بناء إدارة لوجستية ليس حدثا يتم مرة واحدة ولكنه عملية روتينية ودورية.

السكان المتضررين خلال فترات أكثر استقرارا، أو ربما يمكن استنتاجها من خلال إجراء مسح بالعينة.

ومن أهم المفاهيم التي يجب أن يضعها مدير البرنامج في التخطيط الابتدائي، مسألة **تحديد مهلة**: أي عدد الأسابيع أو الشهور التي تقع بين وقت تقديم الطلب، والوقت المحدد لتسليم المنتجات وتوفيرها في المنشآت الصحية. ومن الضروري أن يكون



وفي البداية، نجد أن الهدف الرئيسي لتنفيذ نظام لوجستي لبرنامج الصحة الإنجابية للاجئين والنازحين هو توريد الإمدادات الضرورية إلى المستخدمين دون حدوث فاقد كبير. وهذا الأمر لا يتطلب سوى فهم بعض المفاهيم، وتنفيذ مجموعة بسيطة من الخطوات، وجمع واستغلال المعلومات. ومع تزايد عدد اللاجئين واستقرارهم، يمكن أن تصبح الأنظمة اللوجستية أكثر متانة، الأمر الذي يسمح للموردين بأن يزيدوا من أنواع المنتجات وأن يحسنوا الكفاءة النمطية للبرامج.

وتبدأ الدورة نظريا **باستخدام** الزبائن للمنتجات. وبهذه الطريقة يمكن توظيف المعلومات الواردة عن الاستهلاك الفعلي كأساس لتحديد المنتجات المطلوب توريدها وكمياتها. وقد يكون من الصعب أو المستحيل الحصول على تلك البيانات في المناطق الجديدة للاجئين والنازحين داخليا. وبدون الخبرة المكتسبة من توفير سلع الصحة الإنجابية لعدد من السكان، سيكون من المستحيل في واقع الأمر معرفة الطرق والأنواع المفضلة (وهما عنصران ضروريان لضمان فعالية واستمرارية استخدام وسائل منع الحمل). وفي نفس الوقت، على الرغم من ذلك، يمكن التنبؤ بالإمدادات وتوريدها على أساس أفضل التقديرات. ويمكن التوصل لتقديرات جيدة من خلال جمع بيانات الاستطلاع من

هناك علم بالمهلة التي يستغرقها المانحون سواء في حالة الاستجابة للأوضاع الطارئة أو التوريد المنتظم للطلبات، وذلك من أجل تحاشي وجود أوقات فاصلة طويلة عند نفاد مخزون الإمدادات الضرورية. ورغم أن المانحين غالبا ما يوفرون الحاجات الطارئة بسرعة، إلا أن أنظمتهم غير مهيأة لتؤدي بشكل أفضل في حالة تلبية الطلبات الروتينية للموارد، وعمليات الشحن النمطية. ولذا فإنه كلما تم التعجيل بتحويل منطقة للاجئين أو النازحين داخليا إلى نظام الطلب الروتيني، كلما كان ذلك أفضل.

وعادة ما ينظر إلى تخزين المنتجات ونقلها على أنهما الوظيفتين التقليديتين للأمور اللوجستية، وفي حالة برامج الصحة الإنجابية للاجئين، فإن وظائف **التوزيع** تلك نادرا ما تشمل خيارات معقدة. ومع ذلك، لا توجد سوى نقاط قليلة لتسليم الخدمات، وكميات المنتجات لا تكون كبيرة بصورة عامة، كما أنه قد لا تكون هناك منشآت خاصة للتخزين. إلا أن ذلك يعني أن مدير البرنامج يجب أن يصمم سلسلة توفير إمدادات وسائل منع الحمل حسب الظروف المحلية. ويجب أن يتم تخزين منتجات الصحة الإنجابية بصورة آمنة بقدر الإمكان، بما في ذلك وسائل منع الحمل التي تؤخذ عن طريق الفم والروافل وحقن منع الحمل للحد من سوء الاستخدام أو السرقة. ويجب كذلك أن تحفظ

في مكان جاف ونظيف وفي درجة حرارة من 15 إلى ٣٠ درجة مئوية. ومن الواضح أنه لا يمكن توفير هذه الظروف على الدوام إلا أن بذل مجهود للوفاء بذلك يمكن أن يحول دون تلف أو فساد كم لا بأس به من المنتجات.

وتصبح قرارات الإدارة اللوجستية أيسر ويُعتمد عليها أكثر عندما تبدأ البرامج في العمل طبقا لقاعدة أكثر انتظاما. ويعد جمع البيانات عن الاستخدام الفعلي من السكان المعنيين هو أفضل الطرق للتقييم الدقيق للحاجات المستقبلية. ومن ثم، فإن المسئولية اللوجستية الأساسية لمدير برنامج الصحة الإنجابية هي الجمع الروتيني للمعلومات عن مجموعة بسيطة تضم ثلاث بنود جوهرية للبيانات:

١. المخزون الحالي (كميات كل منتج موجودة بالفعل في النظام).
٢. المخزون المطلوب (الكميات المطلوبة والمهلة بين الطلب والتسليم).
٣. متوسط الاستهلاك الشهري (مقدار استهلاك كل منتج).

وتساعد معرفة هذه العناصر الثلاثة على ضمان أن تكون كمية المنتجات المطلوبة من أحد المانحين كافية بحيث تفي بطلب المستخدم، وألا تكون الكمية كبيرة للغاية لدرجة حدوث هدر بدون داع عندما تنتهي صلاحية السلع وهي على الأرفف قبل استخدامها.

ويعد تنفيذ أنظمة لوجستية أمرا ذي أهمية قصوى لبرامج الصحة التي تهتم بحاجات السكان المستقرين منهم والمتنقلين على حد سواء. وحتى يتقبل مجتمع الغوث بالفعل أهمية وجدوى الأمور اللوجستية للصحة الإنجابية، فإن كل التدخلات لن يُكتب لها سوى نجاح جزئي فقط، إن لم تؤد إلى الفشل التام.

بول كريستال هو ضابط اتصالات في مؤسسة جون سنو انكوربوريشن JSI للخدمات اللوجستية. بريد إلكتروني: paul_crystal@jsi.com

ليزا ايرليش هي متدربة بمشروع الصحة الإنجابية للاجئين. بريد إلكتروني: lisa_ehrlich@jsi.com

يوجد وصف مفصل لعمل نظام إدارة لوجستي خاص بوسائل منع الحمل في مناطق اللاجئين بعنوان: (المبادئ التوجيهية للأمور اللوجستية الخاصة بوسائل منع الحمل في مناطق اللاجئين) على الموقع:
http://deliver.jsi.com/2002/pubs/pubs_guidelines/index.cfm

القيد العالمي على حقوق الصحة الإنجابية

بقلم: يولا مارجريت ساندبايك

من المهم جدا بالنسبة للاجئين والأشخاص المشردين داخليا تغطية احتياجاتهم المتعلقة بالصحة الإنجابية. وهناك تفهم متزايد لهذا الأمر في العقود الأخيرة لكن السنوات القليلة الماضية شهدت زيادة كبيرة في عدد الحملات التي تهدف إلى إضعاف المساندة للصحة الإنجابية.

ويكمن أصل المشكلة في أقلية من الجماعات المناهضة للخيارات - والتي تتركز أساسا في الولايات المتحدة - وتسعى إلى اختطاف برنامج حقوق الصحة الإنجابية والجنسية بالتركيز على قضية الإجهاض المثيرة للجدل. وفي أول يوم للرئيس جورج دبليو. بوش في السلطة في يناير عام ٢٠٠١ أعاد تطبيق سياسة مكسيكو سيتي، المعروفة أيضا باسم «قاعدة القيد العالمي». وهذه السياسة الصارمة تحرم المنظمات غير الحكومية من تلقي الأموال الأمريكية للتنمية إذا ما قدمت بأي شكل من الأشكال خدمات قانونية تتعلق بالإجهاض أو إذا قامت بالضغط أو تقديم المشورة أو الإشارة بالنسبة للإجهاض، حتى باستخدام تمويل ليس مصدره الولايات المتحدة. ويعتبر القانون غير دستوري إذا ما فرض على المنظمات التي تتخذ من الولايات المتحدة مقرا لها. ومن ثم فإنه من السخرية أنه مفروض فقط على المنظمات غير الحكومية الأجنبية.

يتعين على الولايات المتحدة تغيير سياستها

وفي سيناريو لأسوأ الحالات، سوف يترك هذا الأمر الآلاف إن لم يكن الملايين من النساء بدون خيارات، مما سيدفعهن إلى السعي لإتمام عمليات الإجهاض بصورة غير آمنة وغير مشروعة وفي الشوارع الخلفية. ومثل هذا التطور من شأنه فقط أن يزيد من المشكلة ولا يحد منها. ولن تقتصر التأثيرات الضارة فحسب على تقديم خدمات تنظيم الأسرة في أنحاء العالم (من المحتم ومن السخرية أن الحد من خدمات تنظيم الأسرة سوف يزيد من حالات الحمل غير المطلوبة) لكنها أيضا ستلحق الضرر بالحرب ضد فيروس HIV المسبب للإيدز. كما أن المنظمات التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة - بما في ذلك خدمات المشورة المتعلقة بالحمل والإجهاض - تقف أيضا في صدارة الحرب ضد الإيدز.

ولا تتوافق سياسة مكسيكو سيتي مع معايير حقوق الإنسان الدولية والمبادئ القانونية الأمريكية، بما في ذلك حرية التعبير والمشاركة الديمقراطية والاستقلال الإنجابي. وتثير هذه السياسة الشكوك حول أهداف السياسة الخارجية الأمريكية التي تشجع بناء الديمقراطية، والمجتمع المدني ومشاركة المرأة على قدم المساواة في المجتمع.

توسيع نطاق قاعدة القيد

في يوم الجمعة ٢٩ أغسطس ٢٠٠٣، أصدر الرئيس بوش مذكرة تضع قيوداً إضافية على المساعدات المالية الأمريكية للمنظمات غير الحكومية الأجنبية التي تستخدم أموالها لتقديم المشورة أو القيام بعمل أو المساندة بشأن قضية الإجهاض. وتمد المذكرة من نطاق سياسة مكسيكو سيتي، التي كانت تطبق من قبل فقط على البرامج التي تديرها الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، لتشمل جميع الأموال المخصصة للتنظيم السكاني الاختياري والتي تديرها وزارة الخارجية. وما زالت وزارة الخارجية تقوم بتقييم أي برامج ومنظمات سوف تتأثر بهذه السياسة.

وتشعر كثير من الجماعات بالقلق من أن هذه السياسة سوف تعرقل الجهود وتبطئ الاستجابات في المواقف الخاصة باللاجئين حيث يعتبر عنصر الوقت هو العنصر الرئيسي. وهذه السياسة بمطالبتها الوكالات الأمريكية بقضاء وقت في التحقق من الوكالات المشاركة لها في الميدان، يمكن أن تؤخر أو تمنع تنفيذ برامج رعاية صحية هامة ثبت أنها تؤدي إلى خفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال.

ولأعضاء البرلمان الأوروبي، مثلي، دور رئيسي من المساهمة في توفير جو مساعد للصحة الإنجابية واللاجئين، وفي صياغة السياسة وضمان الالتزام عن طريق الميزانية السنوية للمجموعة الأوروبية. وقرر الاتحاد الأوربي تخطي هوة التمويل بدفعه لصندوق السكان التابع للأمم المتحدة والصندوق الدولي للتنظيم السكاني الأموال التي كانت الولايات المتحدة قد تعهدت بالفعل بدفعها.

ويعد الاتحاد الأوروبي ممولا رئيسيا لأعمال الإغاثة والتنمية، بما في ذلك الصحة الإنجابية. وكانت أحدث آلية مالية ذات صلة تم إقرارها في يوليو عام ٢٠٠٣ هي «التنظيم الخاص بحقوق الصحة الإنجابية والجنسية في الدول النامية»، والذي يشمل أيضا السكان المشردين.[1] وهذا التنظيم ينفذ التزام الاتحاد الأوروبي بدعم المبادئ المتفق عليها في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام ١٩٩٤، والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية +٥ الذي عقد في نيويورك عام ١٩٩٩.

إن حياة النساء في أنحاء العالم تضيع بشكل مأساوي بسبب الولادة غير الآمنة وعمليات الإجهاض غير المشروعة وغير الآمنة والإصابة بفيروس HIV المسبب للإيدز. ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى عدم استطاعتهن الحصول على رعاية الصحة الإنجابية. ويتعين على الولايات المتحدة تغيير سياستها إذا أرادت ألا تصبح مساهمة بشكل كبير في المأساة.

«يولا مارجريت ساندبايك» هي عضو دنماركي في الاتحاد الأوروبي، ورئيس مجموعة العمل الخاصة بالسكان والتنمية المتواصلة والصحة الإنجابية في البرلمان الأوروبي. البريد الإلكتروني:
usandbaek@europarl.eu.int

١ مبلغ ٧٤ مليون يورو خلال أربع سنوات.

مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، فيروس HIV المسبب للإيدز واللاجئين: الدروس المستفادة

بقلم: بول. سبيجيل وآليا نانكو

يقلل إدراج اللاجئين ضمن البرامج الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز من انتشار المرض بين اللاجئين وفي الدول المضيفة.

توفر الصراعات والنزوح وعدم الأمن الغذائي والفقر أرضية خصبة لانتشار فيروس HIV المسبب للإيدز. ويعيش في تلك الظروف الكثير من الأشخاص الذين تعنى بهم مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في أنحاء العالم والذين يبلغ عددهم ٢٠ مليون شخصاً. ولأن عدم الأمان الاجتماعي والمالي والجسماني الذي يتعرض له اللاجئون يقضى على الرعاية المنتظمة وآليات التأقلم، فإنهم كثيراً ما يصبحون عرضة للإصابة بفيروس HIV المسبب للإيدز بصورة لا تتناسب مع عددهم. ورغم أن اللاجئين لا يعانون بالضرورة من ارتفاع معدلات تفش فيروس HIV، هناك ارتباط وثيق بينهم وبين أي جهد ناجح لمكافحة الوباء الفتاك في الدول التي تستضيفهم.

وعلى مدار التاريخ، نجد أنه كان يُلقى باللائمة على السكان المهمشين وتحميلهم مسئولية انتشار المرض. وكثيراً ما كانت ظروف العمل والمعيشة غير الملائمة تجعلهم أكثر عرضة للإصابة بأمراض مختلفة. وتعتمد نظريات سبب الإصابة بالمرض مقابل الواقع الفعلي للمرض كل منهما على الأخرى لأن «اللوم لا يُلقى على الفقراء فحسب. ولكن على المرض أيضا1». وتصدق هذه النبؤة المحققة كذلك على وباء فيروس HIV المسبب للإيدز. فكثيراً ما يتم التمييز ضد اللاجئين لسببين:

الأول ببساطة لكونهم لاجئين والثاني لاتهامهم زوراً بجلب فيروس HIV المسبب للإيدز معهم إلى الدول المضيفة التي لجأوا إليها. وتعمل مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين على ضمان إدراج اللاجئين ضمن سياسات وبرامج الدول المضيفة الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز، وذلك من أجل الحد من وصمة العار، وضمان تمتع كل السكان بالحصول على خدمات الرعاية والوقاية من فيروس HIV المسبب للإيدز.

الأهداف الاستراتيجية لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين فيما يتعلق باللاجئين وفيروس HIV المسبب للإيدز

تعد الوقاية من الإصابة بفيروس HIV المسبب للإيدز وتخفيف وطأته جزءاً أساسياً من الوقاية الشاملة للاجئين. ففي عام ٢٠٠٢، قدمت مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين خطتها الاستراتيجية بشأن فيروس HIV المسبب للإيدز واللاجئين للفترة ما بين ٢٠٠٢ -٢٠٠٤. وتأتي الخطة في إطار حقوق الإنسان ولها ثلاثة أهداف رئيسية[٢]:

- ضمان عيش اللاجئين في كرامة، دون أي تمييز، مع احترام حقوقهم الإنسانية.
- ضمان توفير حد أدنى من البرامج المنسقة الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز في حالات اللجوء الطارئة (توفير الدم الآمن، والالتزام بالاحتياطات الطبية العالمية، وتوزيع الروافل (العوازل الطبية)، وتوفير الرعاية الصحية الأساسية بما في ذلك علاج الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، واقتفاء أثر انتقال المرض، ومواد الاتصال والتثقيف والإعلام الخاصة بفيروس HIV، وتسجيل الأيتام وحماية الناجين من العنف الجنسي ورعايتهم).
- تنفيذ برامج إرشادية شاملة ومتعددة القطاعات خاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز في مواقف أكثر استقراراً تربط بين الوقاية والعلاج، وتعزيز سبل الإشراف والمراقبة والتقييم.

ويتم تنفيذ تلك الأهداف من خلال خطة مرحلية. وفي المواقف التي تقل فيها الموارد، يمكن تحقيق الهدفين الإستراتيجيين الأول والثاني فقط.

ورغم أن مفوضيه الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين تقوم بأنشطة خاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز على المستوى العالمي، فإن الإجراءات التي نقوم بها تركز على منطقة جنوب الصحراء الأفريقية، وهى المنطقة الأكثر تضرراً من الوباء. ففي كل منطقة يجرى تقييم معياري مع شركائنا في التنفيذ. **وتقوم أداة التخطيط والتقييم لفيروس HIV المسبب للإيدز واللاجئين التابعة لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين** بالبحث في الأمور التالية:

- **السياسة:** تقديم الكتب الإرشادية والكتيبات الخاصة بالبرنامج الوطني الحالي للحد من مرض الإيدز، وإدراج اللاجئين تحديداً ضمن سياسة البرنامج الوطني للحد من مرض الإيدز باعتبارهم سكان معرضين للإصابة بالمرض.
- **الحماية:** عدم إجراء أي فحوصات طبية إجبارية على اللاجئين بخصوص فيروس HIV تحت أية ظروف، وعدم حرمانهم من استخدام إجراءات اللجوء أو إعادتهم قسراً أو حرمانهم من حق العودة بسبب فيروس HIV، وإذا ما طلبت الدول التي يعاد فيها التوطين إجراء فحوصات خاصة بفيروس HIV، يتم ذلك طبقاً لمعايير ثابتة (بمعني أن يصاحبها تقديم استشارة نفسية قبل وبعد إجراء الاختبار وأن يُحال المصابون إلى الجهات المناسبة لتلقى خدمات الدعم والمتابعة)، وعدم وجود قوانين أو لوائح تمنع حق اللاجئين في الاستفادة من البرامج الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز والتي يقدمها القطاع العام في البلد الذي يتم اللجوء إليه. وضرورة وجود برامج معينة لمكافحة إلحاق وصمة العار باللاجئين المصابين بالإيدز والتمييز ضد اللاجئين وتنفيذ برامج منع العنف القائم على النوع الاجتماعي والجنس3 والاستجابة لهذه البرامج.
- **التنسيق والأشراف:** ضرورة عقد اجتماعات منتظمة بين الشركاء التنفيذيين في هذا المجال وفى رأس المال، وإدراج البرامج الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز بصفة خاصة في مراحل التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقييم لدورة البرنامج: والحضور المنتظم للاجتماعات التي تعقدها المجموعة الرئيسية للأمم المتحدة الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز ومجموعات العمل الفنية المساعدة على مستوى رأس المال.
- **الوقاية:** عن طريق توفير الدم الآمن، والاحتياطات العالمية، الحث على استخدام الروافل (العوازل الطبية) وتوزيعها، والتغيير السلوكي والاتصال (بما في ذلك تطوير المواد التعليمية ومواد التوعية باللغات الملائمة، وبرامج للشباب الذين يدرسون والذين تركوا المدرسة، وتعليم الأقران، ومراكز الشباب، وجماعات الرياضة/والدراما، والبرامج الهادفة لتقليل حمل المراهقات، ومكافحة العنف القائم على النوع والجنس)، وتقديم الاستشارة النفسية وإجراء الفحص التطوعي[٢]، ومنع انتقال المرض من الأم للطفل، الوقاية من الأمراض التي تنتقل عن طريق العدوى

ونقص المناعة، والعلاج الوقائي في فترة ما بعد الإصابة بهذه الأمراض.

- **الرعاية والعلاج:** الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي[٢]، وحالات الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق العدوى ونقص المناعة بما في ذلك مرض السل، وسوء التغذية، والرعاية المنزلية، ورعاية المرضى الحاملين لفيروس HIV المسبب للإيدز، والأيتام.

- **الإشراف والمراقبة والتقييم:** دراسات مراقبة السلوكيات، والإبلاغ عن حالات الوفاة بمرض الإيدز والحالات التي تعالج من المرض في المستشفيات، والمتبرعين بالدم، ومرض الزهري بين المترددات على العيادات أثناء الحمل، وحالات العدوى التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، وتوزيع الروافل، والأمراض التي تنتقل عن طريق العدوى ونقص المناعه بما في ذلك مرض السل، وتقديم الاستشارة النفسية والفحص التطوعي، ومنع انتقال المرض من الأم للطفل، والعنف القائم على النوع والجنس، وعلاج حالات الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق العدوى ونقص المناعة.

وثبت أن هذه المعيارية غير ذي قيمة في ضمان تقييم كل مجالات فيروس HIV المسبب للإيدز أو السماح لعقد مقارنة بين البرامج والدول.

وبعد التقييم، تقوم مفوضية الأمم المتحدة للاجئين وشركاؤها التنفيذيين بالتخطيط الإستراتيجي للعام التالي باستخدام نفس الفئات.

ما الذي تعلمناه؟

تم تقييم وتخطيط المهام في كينيا وتنزانيا وأوغندا في الفترة من يونيو إلى أكتوبر ٢٠٠٢، الأمر الذي تُوّج بعقد ورشة عمل شملت الدول الثلاثة وتناولت موضوع اللاجئين وفيروس HIV المسبب للإيدز وقد عقدت الورشة في ديسمبر ٢٠٠٢ في «عنتبي» في أوغندا. ومن بين النتائج الرئيسية التي توصلت إليها الورشة ما يلي:

- وجود اختلاف كبير في المعايير، والكفاءة، والشمولية بين البرامج الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز التي يجرى تنفيذها حول أوضاع اللاجئين.

- الافتقار للمواد الإعلامية والتثقيفية والاتصالات الأساسية والملائمة من الناحية الثقافية بلغات محلية.
- ارتفاع مستويات التمييز ووصمة العار المرتبطة بفيروس HIV ضد مجتمعات اللاجئين وداخلها.
- الافتقار للتمويل والخبرات الفنية الذي يعوق بشدة البرامج الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز في حالات اللجوء.

وفي بدايات ٢٠٠٣، كشفت مهام مشابهة في جنوب أفريقيا وزامبيا وناميبيا وأنجولا عن أن الوباء أكثر تطوراً وأن المشكلة أكثر عمقاً وتعقيداً. وتكشف التطورات الحالية في جنوب أفريقيا عن سيناريو واضح للكارثة التي تلوح في الأفق في شرق أفريقيا والقرن الأفريقي، حيث توجد أعداد كبيرة من لاجئي الحضر الذكور المصابين بفيروس HIV المسبب للإيدز والذين يعانون بصورة فظيعة. وقد تكون استراتيجية الاعتماد على الذات، التي تنتهجها مفوضية الأمم المتحدة للاجئين مع لاجئي الحضر في جنوب أفريقيا، في حاجة للعودة إلى مرحلة الرعاية والوقاية لأن مزيداً من اللاجئين يصبحون عرضة للإصابة بالمرض. وقد يجلب اللاجئون الأنجوليون العائدون من دول مضيفة، تعاني من ارتفاع تفشي فيروس HIV مثل زامبيا وناميبيا، فيروس HIV المسبب للإيدز معهم مما يؤدي إلى زيادة نطاق انتشاره المنخفض نسبياً في أنجولا.

أنجولا: عودة اللاجئين وفيروس HIV المسبب للإيدز

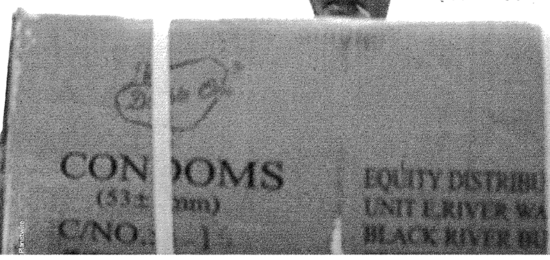
يجب عمل متابعة دقيقة لبرامج الوقاية من فيروس HIV المسبب للإيدز من أجل الحد من التمييز ضد العائدين إلى أنجولا. ومن الضروري أن يتم دعم حق العودة على أنه حق أساسي من حقوق الإنسان. ويتعين علينا أن نصر على ألا يكون هناك فحص إجباري لحاملي فيروس HIV المسبب للإيدز، وأن نتجنب أي شكل من أشكال المعاملة التمييزية ووصم اللاجئين العائدين الحاملين لفيروس HIV بوصمة عار.

ولقد أسفرت دراسات المراقبة السلوكية عن أن اللاجئين يحظون بمعلومات عن فيروس HIV المسبب للإيدز بصورة أفضل من سكان أنجولا غير النازحين. فلاجئو المخيمات لديهم أخصائيين اجتماعيين وصحيين مدربين ومعلمين ومعلمي الأقران الذين يفيدون أنجولا عند عودتهم. وتعمل مؤسسات الأمم المتحدة مع الحكومة الأنجولية لكي تقر برامجها التدريبية في البلاد التي يتم فيها اللجوء. ولقد تم تطوير وتمويل الخطط الشاملة الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز للاجئين والعائدين الأنجوليين. وتم تعزيز البرامج الموجودة داخل المخيمات من خلال التركيز الجديد على الإجراءات الوقائية. وبالنسبة للعائدين إلى أنجولا، تم دمج إجراءات الوقاية من فيروس HIV المسبب للإيدز، والحث على استخدام الروافل (العوازل الطبية)، وتعليم الأقران مع برامج التدريب الخاصة بالتوعية بالألغام الأرضية. ويتم تزويد الأخصائيين الاجتماعيين والصحيين العائدين إلى أنجولا بالروافل من أجل توزيعها.

فضلاً عن ذلك، يتطلب توجيه البرامج الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز إلى كل الأنجوليين في بلديات اللاجئين العائدين، بما في ذلك السكان غير النازحين والنازحين داخلياً. وهذه البرامج في حاجة لأن تبدأ بتوفير الإجراءات الوقائية الأساسية الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز، وبعد ذلك التوسع لأنشطة أكثر شمولاً.

استبعاد اللاجئين من المبادرات الوطنية الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز

تعد دول اللجوء مسئولة في نهاية المطاف عن حماية ورفاهية الأشخاص الذين يعيشون على أراضيها بما في ذلك اللاجئين. إلا أن اللاجئين قد تم استبعادهم بطريقة منهجية من الكثير من الخطط الاستراتيجية الوطنية الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز في كثير من الدول المضيفة. كما أنه لم يتم الاستجابة لحاجات اللاجئين في المقترحات المقدمة للجهات المانحة الرئيسية. وبسبب تفاعل اللاجئين



والسكان المحليين بصورة يومية لا يعد الاستبعاد المنهجي للاجئين تمييزاً فحسب وإنما يقوض أيضا الجهود الفعالة للوقاية والرعاية الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز.

وفي الدول الـ ٢٩ في أفريقيا، التي تستضيف أكثر من عشرة آلاف لاجئ، تمكنت مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين من مراجعة ٢٢ خطة استراتيجية وطنية. ووجدت أن ١٤ خطة فقط هي التي يرد فيها ذكر اللاجئين، بينما لم يتم ذكر اللاجئين في ٨ خطط. وبالنسبة لتلك الخطط التي ورد بها ذكر للاجئين، هناك ١٠ خطط أوردت ذكر أنشطة محددة للاجئين. بينما لم يتم ذكر هذه الأنشطة في ٤ خطط. ولقد قام كل من الصندوق العالمي لمكافحة أمراض الإيدز والسل والملاريا (وهو منظمة مالية متعددة الأطراف أسسها كوفي عنان[٤] الأمين العام للأمم المتحدة) والبرامج التي شملت عدة دول لمكافحة فيروس HIV المسبب للإيدز التي اعتمدها البنك الدولي[٥] بتمويل مشروعات خاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز في ٢٥ دولة من إجمالي ٢٩ دولة المضيفة للاجئين، والتي تقع جنوبي الصحراء الكبرى. وقلة فقط من البرامج قد اشتملت على اللاجئين في الدول الثلاث والعشرين التي أقرت برامج للصندوق العالمي لمكافحة أمراض الإيدز والسل والملاريا. وقد اشتملت خمسة برامج فقط على أنشطة اللاجئين. وتم تخصيص ٨ مشروعات فقط للاجئين من بين المشروعات التي شملت عدة دول لمكافحة فيروس HIV المسبب للإيدز التي اعتمدها البنك الدولي، والتي بلغ عددها ١٥ مشروعا.

التقدم للأمام:

لقد أدركت مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وشركائنا الحاجة إلى ما يلي:

- قبول تفرد كل موقف للاجئين على حده: فالبرامج الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز في الأماكن قليلة الموارد في حاجة لأن يتم تكييفها طبقاً للظروف المحلية.
- ضمان أن تشمل دوما الدول المضيفة اللاجئين وكل الجماعات الأخرى المعرضة للمرض ضمن جهودها من أجل مكافحة فيروس HIV المسبب للإيدز.
- الترويج للمشروعات في المناطق الإقليمية من أجل الاستجابة للتنقل الدائم بين الدول.
- تحسين التعاون والتنسيق بين مفوضية الأمم المتحدة للاجئين وغيرها من الوكالات التابعة للأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية والحكومات في الدول المضيفة ودول المنشأ.
- تقديم المزيد من الدعم النشط لهذه المبادرات الإقليمية مثل مبادرة البحيرات العظمى الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز[٦]، ومبادرة اتحاد نهر مانو بغرب أفريقيا الخاصة[٧] بفيروس HIV المسبب للإيدز.
- ضمان أن تشمل الجهات المانحة، مثل الصندوق العالمي لمكافحة أمراض السل والملاريا والبنك الدولي، اللاجئين والنازحين داخلياً ضمن جميع البرامج الخاصة بفيروس HIV المسبب للإيدز وضمن مقترحات التمويل.
- تشجيع الحكومات المانحة على التعلم من تجربة أوغندا وتيسير الشروط التي تحول دون الاستخدام الفوري للأموال من أجل السكان النازحين والمقيمين.
- ضمان عدم استبعاد اللاجئين عندما تتوفر العقاقير المضادة للفيروسات المرتدة بصورة واسعة في الدول النامية.

بول سبيجيل هو مسئول فني رفيع في البرنامج الخاص بفيروس HIV المسبب للإيدز التابع لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين. بريد إليكتروني spiegel@unhcr.ch

آليا نانكو مسئولة في البرنامج الخاص بفيروس HIV المسبب للإيدز التابع لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون للاجئين. بريد إليكتروني nankoe@yahoo.com

١ ج. ن. هايز، «أعباء المرض: الأوبئة والاستجابة الإنسانية في تاريخ الغرب»، دار نشر جامعة روتجرز، ١٩٨٨، ص ٣.
٢ متوافر عندي الطلب من مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين spiegel@unhcr.ch
٣ يشتمل هذا البرنامج على سبل الوقاية والرعاية والعلاج
٤ انظر www.theglobalfund.org/en/about/road historydefault.asp
٥ انظر www.worldbank.org/afr/aids/map.htm
٦ انظر www.onusida-aoc.org/Eng/GLIAEN.htm
٧ انظر www.onusida-aoc.org/Eng/Mano%20River%20Union%20Initiative.htm

كتيب جديد من إصدار بديل/المركز الفلسطيني لمصادر حقوق المواطنة واللاجئين

الوضعية القانونية للاجئين الفلسطينيين بموجب قانون اللاجئين الدولي خارج مناطق عمل وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين-الأونروا

يعمل بديل/المركز الفلسطيني لمصادر حقوق المواطنة واللاجئين على انجاز كتيب حول اللاجئين الفلسطينيين وحقوقهم خارج مناطق عمل وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين-الأونروا في انتظار تطبيق الحلول الدائمة لهم. وبالرغم من أن الكتيب يعنون فجوات الحماية القائمة في مناطق الشتات، الا انه ينطلق في ذات الوقت من حقيقة كون تطبيق العودة الطوعية وحقوق استعادة الملكية والسكن العلاج الأساس لمشكلات الحماية التي يواجهها اللاجئون الفلسطينيون.

وقد تم جمع المعلومات المطلوبة لانجاز هذه الدراسة بمساعدة شبكة دولية واسعة من الخبراء القانونيين وبالتعاون مع مفوضية الأمم المتحدة العليا لشؤون اللاجئين ووكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين – الأونروا. ويتضمن الكتيب على دراسة مقارنة لاكثر من ٣٠ حالة/دولة مضيفة والآليات التي تم تطبيقها على الأرض في هذه الدول. كما ويعرض جملة من التوصيات العملية حول كيفية سد فجوات الحماية التي يواجهها اللاجئون الفلسطينيون. وقد تم عرض الاستنتاجات الاولية للدراسة على يد المستشارة القانونية لمركز بديل ايلنا سوندرغارد خلال الحلقة الدراسية الثالثة من ملتقى خبراء مركز بديل حول اللاجئين الفلسطينيين التي انعقدت في آذار ٢٠٠٤.

وقد ركزت الحلقة الدراسية الثالثة من ملتقى خبراء مركز بديل، والتي استضافها مركز الأهرام للدراسات السياسية والاستراتيجية في القاهرة على آليات سد الفجوات بين الحماية والحلول الدائمة والشاملة للاجئين الفلسطينيين. وكانت الاعتبارات الرئيسة ذات العلاقة بالوضعية القانونية للاجئين الفلسطينيين في ١٧ دولة معطية: ١) اذا ما تم تبني المادة د١ من اتفاقية اللاجئين لعام ١٩٥١ (أم لا) ضمن التشريعات المحلية والوطنية في الدول المضيفة. ٢) وما هو التفسير التي تتبعه الدولة للمادة د١ وتشريعات الدولة ذات العلاقة والسياسات التي تنتهجها تجاه طالبي اللجوء الذين رفضت طلباتهم في اللجوء.

تعرض هذه الدراسة تناقضا صريحا بين ممارسات الدول المضيفة والتفسير المتبع لاتفاقية اللاجئين لعام ١٩٥١، وبصورة خاصة فيما يتعلق باللاجئين الفلسطينيين. ويبدو ان التفسير المنقح الجديد لمفوضية الأمم المتحدة العليا لشؤون اللاجئين في العام ٢٠٠٢ للوضعية القانونية للاجئين الفلسطينيين بموجب اتفاقية اللاجئين لعام ١٩٥١، سيؤثر مستقبلا (ليس لغاية الآن) على التشريعات المحلية والوطنية و/أو ممارسات الدول على الأرض. وتظل الحماية المؤقتة للاجئين الفلسطينيين متاحة فقط في عدد قليل من الدول، في وقت تتم فيه المزيد من الاجراءات المشددة المتبعة بحق اللاجئين، ومنها اعادتهم الى مناطق اقامتهم السابقة.

يأمل مركز بديل أن يكون هذا الكتيب مفيدا للمهتمين في شؤون اللاجئين عموما واللاجئين الفلسطينيين خصوصا، بما يشمل مجلس اللاجئين، والخبراء القانونيين والباحثين وغيرهم، اضافة الى اللاجئين الفلسطينيين انفسهم. سيكون الكتيب في المكتبات ومتناول القراء خلال النصف الثاني من العام الجاري ٢٠٠٤ وسيكون متوفرا باللغتين العربية والانكليزية.

لمزيد من المعلومات والتفاصيل يمكنك مراجعة بديل/المركز الفلسطيني لمصادر حقوق المواطنة واللاجئين: بريد الكتروني: info@badil.org صفحة الانترنت www.badil.org.

معالجة فيروس HIV المسبب لمرض الإيدز في سيراليون ما بعد الحرب

جمع محررو نشرة الهجرة القسرية هذا المقال من تقارير قدمتها منظمة المساعدة والإغاثة CAREولجنة الإنقاذ الدولية IRC واللجنة الأمريكية للاجئين ARC

تتعلم المنظمات غير الحكومية كيفية الحديث عن الجنس مع السكان الذين يتعرضون لخطر الإصابة بفيروس HIV المسبب لمرض الإيدز.

ترزح سيراليون في فقر مدقع للغاية حتى أن فيروس HIV المسبب لمرض الإيدز ليس على قمة الأولويات التي تسبب قلق الناس. فبعد عقود من الحكم السيئ وعشر سنوات من الحرب الأهلية، أصبح الاقتصاد والبنية التحتية الاجتماعية في سيراليون في صورة مهلهلة. وتأتي سيراليون في المرتبة الأخيرة طبقاً للمؤشر العالمي للتنمية البشرية HDI لعام ٢٠٠٢ الصادر عن البرنامج الإنمائي التابع للأمم المتحدة. ويزداد القلق في سيراليون ما بعد الحرب من احتمال الانتشار السريع لفيروس HIV المسبب لمرض الإيدز. ورغم الانخفاض النسبي للتقديرات الرسمية عن مدى تفشي فيروس HIV المسبب لمرض الإيدز بين عامة السكان (حيث تتراوح ما بين ٠,٠٢٪ إلى ٤٪). فهناك قلق من ارتفاع هذه الأرقام بصورة كبيرة مع عودة أعداد كبيرة من النازحين الداخليين واللاجئين العائدين والمقاتلين السابقين للوطن.

وتعد منظمة كير واللجنة الأمريكية للاجئين ولجنة الإنقاذ الدولية من المنظمات غير الحكومية التي تهتم بمنع الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس في سيراليون. ورغم أن برامج تلك المنظمات توجد في أجزاء مختلفة في سيراليون وتستخدم أساليب مختلفة، هناك رسالة واحدة واضحة هي أنه عند العمل في مواقف الصراعات يجب أن تتنافس سياسات منع فيروس HIV المسبب لمرض الإيدز مع قضايا أخرى للبقاء أكثر إلحاحاً. ويتعامل سكان سيراليون مع الحقائق اليومية الخاصة بعدم استقرار المسكن، وعدم كفاية التغذية والمخاطر الرئيسية على الأمان الشخصي. ومن الصعب جعل الموت من فيروس HIV المسبب لمرض الإيدز في وقت ما في المستقبل في نفس درجة الخطر من الموت من أمراض الإسهال والعنف المرتبط بالصراعات.

تحث منظمة العمة ستيلا Stella Auntie الأطفال على الحديث:

قد يكون الشباب هم أكثر الضحايا المأساويين للصراع في سيراليون. كان يتم اختطاف الشباب للعمل كمقاتلين مسلحين وعبيد لممارسة الجنس معهم. وعانى الأطفال من التعذيب، وبتر الأطراف، والاغتصاب، والانفصال عن عائلاتهم. وتم حرمان جيل بأكمله من الشباب في بلد يضم سكاناً من الشباب (تقدر أعمار ٤٤٪ منهم تحت سن الرابعة عشر) من التعليم الأساسي، ومهارات كسب الرزق، والتغذية والصحة.

وأسست منظمة كير CARE منظمة (العمة ستيلا)، وهي مشروع تدريبي جماعي على الصحة الإنجابية لمن تتراوح أعمارهم بين الثالثة عشر والسابعة عشر وقام بإعداده مركز دعم الأبحاث والتدريب في زيمبابوي. ويشرك المشروع الشباب في مناقشات وسبل حل المشاكل في القضايا المتصلة بصحتهم الإنجابية. ويركز مشروع (العمة ستيلا) على أن الشباب ينبغي أن يتعلموا بشأن الصحة الإنجابية ومهارات الحياة من خلال النقاش وليس التعليم التوجيهي من المعلمين. ويتم إعطاء مجموعات صغيرة من الطلبة في نفس العمر والنوع بطاقات عليها أسئلة من واقع الحياة عن الجنس، والعلاقات، وفيروس HIV المسبب لمرض الإيدز. وعلى سبيل المثال:

عزيزتي العمة ستيلا،
أنا قلقة جداً حيث أنني أعرف عدداً كبيراً جداً من الفتيات اللاتي يتم إجبارهن على ممارسة الجنس رغم إرادتهن، وهن يعرفن أحياناً الفتى أو الرجل، بل إنني أعرف أيضا فتاة اغتصبت على يد شخص غريب. أنا مرعوبة للغاية خشية أن يحدث ذلك لي. فماذا في وسعي أن أفعل؟

ومع قصر دور المعلم على قيادة النقاش وتوريد المعلومات، يمنح الطلاب ساعة كاملة لمناقشة الأسئلة والإجابات فيما بينهم. واندهش المعلمون الذين يقودون النقاش من رغبة الطلاب في مناقشة الجنس دون تحفظ. وكان الطلاب مهتمين للغاية بمناقشة موضوع الجنس حتى أن بعض فرق العمل اضطرت لقضاء الساعة الأولى من الوقت المخصص لها مع الطلاب في الإجابة فقط عن أسئلتهم الخاصة بفيروس HIV قبل أن تبدأ التمرينات.

وعندما طلب من الطلبة إعطاء انطباعاتهم، طالب الطلاب بأن يتم إضافة معلومات إضافية حول تأثير الفقر على العلاقات الجنسية في سيراليون. واستغل فريق منظمة كير تعليقات الطلاب في تكييف المواد الخاصة بـ (العمة ستيلا) طبقاً لسياق سيراليون. وتم تغيير اسم (العمة ستيلا) إلى سيسي أميناتا Sisi Aminata وهو اسم أكثر شيوعا في سيراليون، ويتم طبع المواد الدراسية وسيتم دمجها في المناهج الدراسية في سيراليون.

ويتعين أن تصبح سيسي أميناتا جزءاً من أجندة أوسع للتنمية وألا تكون مستقلة في سياق يفتقر فيه الكثيرون للكثير. ولن يفلح الحديث عن الجنس وحده. وستواصل منظمة كير الاستجابة لحاجات وحقوق السكان الأكثر تهميشاً من خلال إطار لسبل العيش – فالصحة الإنجابية والجنس وفيروس HIV سترتبط بصورة وثيقة بمشروعات محددة في قطاعات أخرى وذلك في محاولة لضمان استمرار الحوار بشأن الموضوعات الحساسة.

استعداد المجتمع في منطقة كينيما

تعمل لجنة الإنقاذ الدولية على دعم وحدات رعاية الصحة الأساسية في هذه المنطقة الشرقية المتضررة من الحرب. وتركز استراتيجية اللجنة على منع والحد من الأمراض والوفيات المرتبطة بفيروس HIV على انتقال المرض. فعن طريق استخدام إطار يقوم على الحقوق، يقوم التخطيط على بيانات المراقبة المحلية والأبحاث المدعومة بالوثائق. وتقوم لجنة الإنقاذ الدولية بتنفيذ مشروع تقييم ومراقبة خاص بالصحة الإنجابية بهدف الوصول إلى ما بين ٧٠ إلى ٨٠٪ من السكان الذين هم في عمر الإنجاب في منطقة كينيما. وتم تطوير برامج استعداد المجتمع مع لجان تنمية القرية. وقامت ورش التدريب التابعة للجان تنمية القرية بمناقشة فيروس HIV المسبب لمرض الإيدز، والأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس، وتنظيم الأسرة، وتوزيع العوازل. وتم استهداف المجتمعات من خلال عروض فيديو، ودراما تليفزيونية، ولقاءات جماعية، ومحاضرات دعائية، وتوزيع مواد إعلامية تلقي الضوء على طرق انتقال فيروس HIVالمسبب لمرض الإيدز والسلوكيات الجنسية الآمنة. ومن خلال دعم لجان تنمية القرية والأشخاص المعرضين للخطر بصورة كبيرة كالذين يعملون في الجنس بغرض الربح، تم إقامة منافذ جديدة للعوازل.

وبعد ١٨ شهراً من إجراء مسح معياري عن

المعرفة الخاصة بالصحة الإنجابية والاتجاهات والسلوكيات، أجرت لجنة الإنقاذ الدولية دراسة متابعة كشفت عن الآتي:

- بينما استطاع ٨٩ ٪ من النساء و٨٢ ٪ من الرجال أن يحددوا بصورة صحيحة ثلاثة طرق لانتقال فيروس HIV المسبب لمرض الإيدز عند بداية المسح، استطاع أن يفعل ذلك ٩٥٪ من النساء و٩٧٪ من الرجال بحلول وقت مسح المتابعة.
- ارتفاع المعرفة الخاصة بانتقال ومنع فيروس HIV المسبب لمرض الإيدز عند الأشخاص الذين ذهبوا للمدرسة وترعرعوا في المدن أو الذين يعرفون أنفسهم بكونهم مسيحيين.
- بينما كشف المسح الأول عن أن ٥٥٪ من الرجال وثلث النساء من المجيبات عن الأسئلة قد ذكروا عفوياً بأن استخدام العازل أثناء الجنس يمنع انتقال فيروس HIV المسبب لمرض الإيدز، زاد هذا العدد إلى ٦٥٪ من الرجال و٤٩٪ من النساء.
- رغم زيادة الطلب على العوازل، فإنه لم يحدث تغيير جوهري في أنماط استخدام العوازل – حيث ارتفع عدد الرجال الذين ذكروا أنهم استخدموا عوازل في آخر لقاء جنسي من ١٨ إلى ٢١ ٪ فقط.
- بلغ عدد المتعلمين وسكان الحضر والمسيحيين الذين ذكروا أنهم يستخدمون العوازل في آخر لقاء جنسي ضعف معدل غير المتعلمين والمسلمين.

إنه ليس مدهشاً أن تكشف نتائج المسح عن تغيير طفيف في السلوك وذلك لقصر الوقت الذي استغرقه البرنامج. ومع ذلك فتشير النتائج إلى أهمية مواصلة التثقيف بشأن الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس، وفيروس HIV المسبب لمرض الإيدز، واستهداف مجموعات في المجتمع كمصادر مستمرة للتثقيف والوعي. ويتطلب حدوث جهد مستدام للعمل مع لجان تنمية القرية وجماعات الرفاق وتقوية الروابط مع المجتمعات إذا ما كان سيتم إنجاز تغيير مستدام في السلوك.

استهداف المجموعات التي تتعرض لخطر كبير

لقد ركزت اللجنة الأمريكية للاجئين جهودها لمنع فيروس HIV المسبب لمرض الإيدز في منطقة بورت لوكو وذلك بالعمل مع الفئات الأكثر تعرضاً لنقل المرض مثل الذين يعملون في الجنس بغرض الربح والأفراد العسكريين والشباب والمقاتلين السابقين والعاملين في مجال المواصلات. وتهدف اللجنة الأمريكية للاجئين للحصول على مروجين صحيين بالمجتمع يتسمون بالمهارة ويقومون بنقل المعلومات، وزيادة المعرفة عن توافر العوازل، وعلاج الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس، وزيادة عدد من يستخدمون العوازل من الفئات الأكثر تعرضاً لنقل المرض.

ومن الطرق التي استخدمتها اللجنة الأمريكية للاجئين من أجل نشر منع الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس وفيروس HIV المسبب لمرض الإيدز: حملات الاتصال – والتثقيف – والإعلام IEC، وحملات الاتصال لتغيير السلوك BCC، وتوزيع العوازل، وعلاج الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس. وتم استخدام الملصقات واللوحات والنشرات والصحف صغيرة الحجم والأغاني الإذاعية من أجل توصيل رسائل منع فيروس HIV المسبب لمرض الإيدز والأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس. وقام فريق الصحة التابع للجنة الأمريكية للاجئين وبدعم من وزارة الصحة بتوزيع عوازل مجانية وتم إقامة مراكز لتوزيع العوازل من أجل الوصول للسكان المستهدفين في بورت لوكو.

وتتسم جهود منع الإيدز بعدم الكمال ما لم تتواجد وسائل لتحديد الوضع الشخصي للفرد بالنسبة لفيروس HIV المسبب لمرض الإيدز وتلقي المشورة النفسية الملائمة. ويسمح الاختبار والمشورة النفسية الطوعية للأفراد بالحصول على المعلومات الضرورية للعيش في صحة على قدر الإمكان، بغض النظر عن نتائج الاختبار. والآن يمكن الحصول على اختبار لفيروس HIV المسبب لمرض الإيدز بمقابل في بورت لوكو، ولكن لا يتم تقديم مشورة نفسية. وتعمل الجهود الحكومية المحلية والوطنية على توفير الاختبار والمشورة النفسية الطوعية.

ولقد لاحظت اللجنة الأمريكية للاجئين الآتي:

- زادت بصورة كبيرة مستويات المعرفة الخاصة بالأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس وسلوكيات استخدام العوازل عبر المجموعات التي أجرى المسح عليها – فلقد ذكر نصف المجيبين بأنهم استخدموا عازل في آخر لقاء جنسي.
- ظلت درجات الانزعاج الشخصي من مرض الإيدز بين المجموعات التي تتعرض لخطر كبير منخفضة نسبيا فنصف الذين يعملون في الجنس بغرض الربح والذين تم إجراء المسح عليهم ليسوا منزعجين من الإصابة بفيروس HIV.
- يظهر الشباب، وخاصة الفتيات، أقل مستويات المعرفة بين الذين تم إجراء مسح عليهم. ويعد نقص توفير التعليم الرسمي عائقا آخرا أمام زيادة المعرفة والسلوكيات الخاصة بممارسة الجنس بصورة أكثر أمانا.
- لا تزال المعرفة بالمصادر الملائمة للرعاية الخاصة بالأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس منخفضة للغاية.

التقدم للأمام

التوصيات الأساسية الناتجة عن خبرة المنظمات غير الحكومية في سيراليون هي:

- عدم كفاية الجهود لزيادة المعرفة واستخدام العوازل.
- يجب تكييف المناهج لتلبية احتياجات الشباب الذين تركوا المدرسة، وذلك مع وجود عدد كبير جداً من الشباب حال الفقر والافتقار للمنشآت بينهم وبين الذهاب إلى المدرسة.
- يستغرق تغيير السلوك وقتاً: يجب أن يكون هناك تطوير مستمر في المجتمعات المستهدفة للتعليم والإدراك الخاص بالأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس وفيروس HIV المسبب لمرض الإيدز.
- مع استمرار إعادة التوطين وعودة المزيد من الناس للقرى التي هجروها، من الضروري ألا تقتصر أنشطة المنع على المناطق الحضرية مع إهمال المناطق النائية.
- ضرورة تقليل الاعتماد على المنظمات غير الحكومية للحصول على العوازل الطبية وزيادة الدعم لموزعي العوازل التجاريين الصغار.
- إعطاء مزيد من الاهتمام لتشجيع إعلام الشركاء بالأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس.
- ضرورة إعطاء تدريب متابعة للأخصائيين الصحيين حول التعامل مع أعراض الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس واستمرار توفير الأدوية.
- أهمية إدراك أن جهود منع مرض الإيدز ستكون ناقصة ما لم تتوفر وسائل تحديد وضع الشخص من فيروس HIV المسبب لمرض الإيدز وتلقي المشورة النفسية الملائمة.

هذا الموضوع هو عبارة عن مجموعة من المقالات تلقيناها من:

دوريس بارتل وديان لينديسي
CARE USA www.careusa.org
بريد إلكتروني: dbartel@dc.care.org

بويما كبواجور، و سونيا نافاني وعبد القدير عمر، وجوسفين جاميرو (من اللجنة الدولية للإنقاذ www.theirc.org
بريد إلكتروني sonian@theirc.org

ماري جوتمان، وكوني كامارا، وماندي لارسن، ومارثا سالدينجر، وموي تينجا سارتيي (من اللجنة الأمريكية للاجئين www.archq.org
بريد إلكتروني ConnieK@archq.org **يمكن الحصول على النص الكامل للمقالات على موقع نشرة الهجرة القسرية:**
www.fmreview.org/2info.htm

العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي في المناطق المتضررة من الصراعات: نظرة عامة على مشروع البحث المنفَّذ في عدة بلدان

بقلم: جين وارد وجيسكا بروور

يقدم البحث الذي تم إجراؤه عن انتشار العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي في المناطق المتضررة من الصراعات مجموعة من التحديات العلمية والأخلاقية والأمنية والمنهجية.

يصف العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي (العنف) (GBV) gender-based violence أي ضرر يُرتكب ضد إرادة أي شخص بسبب عدم التكافؤ في القوة نتيجة لاختلاف الأدوار المرتبطة بالنوع الاجتماعي. ويشمل هذا النوع العنف البدني والجنسي والنفسي، أو التهديد باستخدام العنف، أو الإكراه، أو الحرمان التعسفي من الحرية. وعلى الرغم من أن العنف قد يأخذ أشكالا عدة، فإن تأثيره ينصب بشكل ثابت تقريبا وغير متجانس على النساء والأطفال. ويتزايد قلق الوكالات الإنسانية إزاء نطاق وتأثير العنف في مناطق اللاجئين والنازحين داخليا وفي المناطق التي انتهت فيها الصراعات. وقد تم الاعتراف في وقت متأخر بأن العنف يشكل تحديا للصحة العامة وإساءة لمبادئ حقوق الإنسان وعائقا أساسيا في طريق إعادة لم شمل اللاجئين والنازحين داخليا.

وعلى الرغم من ذلك، يمكن أن تتم زيادة الوعي بالمشكلة من خلال جمع بيانات متسقة أو نشر أفضل الممارسات لمعالجة العنف. ولسد هذه الفجوات وتحسين الإمكانيات الدولية، بدأ اتحاد البرامج المعنية بالصحة الإنجابية في مناطق الصراعات (الاتحاد) Health Response Response in conflict (RHRC) Consortium مبادرة ضد العنف في عام ٢٠٠٠. وكان من بين أهم نتائج هذه المبادرة تقديم أول استعراض عالمي شامل لقضايا العنف التي تؤثر على النازحين بالإضافة إلى إصدار دليل إرشادي لتحسين تصميم البرنامج والرقابة عليه وتقييمه.[١]

ويحتوى الدليل الخاص بوسائل العنف على مسودة عمل لاستطلاع رأي قياسي معتمد على السكان ومصمم لقياس الأشكال المتعددة للعنف في المناطق المتضررة من الصراعات. وبعد أن تم اختبار الاستبيان ميدانيا في تيمور الشرقية وكوسوفو، تم استخدامه في مرحلة لاحقة لإجراء استطلاع رأي وطني في رواندا ولإجراء استطلاع رأي آخر بين النازحين داخليا في كارتاجينا بكولومبيا. وقد سعت الدراسات الأربع إلى الحصول على بيانات يمكن أن تعول عليها البرامج المحلية لاستخدامها في الأنشطة المتصلة بالتخطيط لمكافحة العنف وأنشطة المناصرة، ولبناء الطاقات المحلية لإجراء بحث يعتمد على السكان. وقد تم تزويد الشركاء المحليين بأدوات رئيسية مثل توفير استبيان مناسب باللغة المحلية، وهو ما يعد عاملا ضروريا لتصميم مشاريع البحث اللاحقة. ويتم توفير البيانات بهدف إجراء أول مقارنات بين عدة بلدان حول معدلات العنف في المناطق المتضررة من الصراعات.

> شارك بشكل فعال في كل جوانب التخطيط والتنفيذ الخاصة بالبحث شركاء من المناطق التي تجرى فيها البحوث

منهج البحث

أعد فريق البحث المكوَّن من عدة أجهزة، بما في ذلك باحثون من جامعة أريزونا والمراكز الأمريكية للسيطرة على الأمراض ومكافحتها (مراكز السيطرة على الأمراض) US Centers for Disease and Control Prevention (CDC)، واتحاد البرامج المعنية بالصحة الإنجابية في مناطق الصراعات، أعد هذا الفريق استبيانا لتسهيل المقارنة بين أنواع الاستبيان الموجودة وذلك من خلال إدراج أسئلة أو خيارات للإجابة سبق اختبارها وتكييفها مع الأماكن التي شهدت الصراعات، كلما كان ذلك ممكنا. وقد صمم الاستبيان بحيث يمكن تكييفه وفقا للإطار المحلي دون الإضرار بإمكانية التعويل على المعايير القياسية وإمكانية المقارنة بينها. وينقسم الاستبيان إلى قسمين يركز كل منهما على فترات زمنية مختلفة وأنواع مختلفة من العنف. ويمكن الاستغناء عن أي من القسمين بشكل كامل وفقا للأهداف التي يحددها الباحثون. وقبل مرحلة الاستخدام الميداني في كل بلد، تمت مراجعة الاستبيان بواسطة فريق من الشركاء المحليين. الذين أجروا التعديلات الملائمة. ثم تمت بعد ذلك ترجمة الاستبيان إلى اللغة المحلية مع إعادة ترجمته مرة أخرى إلى اللغة الإنجليزية والتحقق من دقته. وتم كذلك إجراء مزيد من التعديلات بعد مرحلة الاختبار التجريبي.

ويتم تحديد أماكن إجراء الاستبيان في البلدان بناء على:


IRC/Kathryn Robertson

تيمور الشرقية



عائلة من اللاجئين العائدين، ديلي، تيمور الشرقية

١. نقص البيانات التي تم جمعها في وقت سابق عن طبيعة ونطاق العنف المحفّز بالنزاع. ٢. وجود برامج محلية قادرة على إجراء بحث ميداني وعلى تقديم خدمات مرجعية للمشاركين. ٣. الحاجة لضمان وجود تغطية تمثيلية شاملة. ٤. إمكانية وجود متابعة محلية من خلال المناصرة. ٥. الاعتبارات المتصلة بسهولة الوصول إلى المعلومات إلى جانب الاعتبارات الأمنية.

وفي كل بلد، تم اختيار نساء في سن الإنجاب بشكل عشوائي للمشاركة في استطلاعات الرأي. وفي تيمور الشرقية وكوسوفو ورواندا، تم الحصول على قوائم السكان من المسئولين المحليين واختيرت عينات تتناسب مع عدد السكان. وفي كولومبيا، التي لم تتوفر فيها قوائم للسكان، استند اختيار العينة إلى إعداد خريطة للأسر. وفي كل البلدان، طُلب من امرأة واحدة فقط من كل أسرة أن تشارك في استطلاع الرأي.

وبالنسبة للاختبارات الميدانية في تيمور الشرقية وكوسوفو، وكذلك بالنسبة للبحث الوطني في رواندا، تم تقديم برتوكول مفصل عن البحث لمراكز السيطرة على الأمراض ومكافحتها كي تراجعه. كما تم أيضا تقديم ملخص للبرتوكول الرواندي إلى الشركاء من الحكومة الوطنية. وفي كولومبيا، راجعت البرتوكول والاستبيان لجنة محلية للأخلاق وصدقت عليهما. وتم تقديم الاستبيان المترجم إلى أعضاء فريق العمل لإبداء آرائهم وتعليقاتهم عليه. وقد تمرن الأشخاص الذين سيجرون اللقاءات على طرح أسئلة الاستبيان فيما بينهم ثم أجروا اختبارات تجريبية على عينة من النساء. وقد أتاح الاختبار التجريبي فرصة للمشرفين كي يقيموا مهارات الأشخاص الذين يجروون اللقاءات وكي يجروا الاختيار النهائي للفرق التي ستقوم بإجراء اللقاءات. واستنادا إلى الاختبارات التجريبية، تم إجراء التعديلات النهائية على الاستبيان.

وقد شارك بشكل فعال في كل جوانب التخطيط والتنفيذ الخاصة بالبحث شركاء من المناطق التي تجرى فيها البحوث، بما في ذلك منظمات غير حكومية دولية ووطنية ومحلية. وقد بُذلت جهود لتوظيف فرق بحث كلها من النساء العاملات في المنظمات النسائية المحلية وتتضمن ممثلين عن السكان الذين يستهدفهم البحث. وقد تدرب فريق البحث لمدة أسبوعين. وتضمن الفريقان الرواندي والكولومبي «مساعدين نفسيين» لمعالجة أية مشاكل قد يواجهها الأشخاص الذين يجرون اللقاءات أو المشاركات أثناء اللقاءات. وكان تخزين البيانات وحفظها يتم بشكل يومي، كما تم حذف أية معلومات قد تؤدي إلى كشف هوية المشاركات. وكان لزاما على جميع أعضاء فريق البحث أن يوقعوا على اتفاق للسِّرية.

وبسبب الطبيعة الحساسة للأسئلة وصعوبة الحصول على الخصوصية في منازل المشاركات، كان اللقاء بالنساء الراغبات في المشاركة يتم في مكان مركزي خارج منزلهن. وقد تم الحصول على موافقة شفهية قائمة على الإلمام بموضوع البحث من كل امرأة. وفي حالة وجود خدمات صحية ونفسية محلية مناسبة، كان يتم إعلام المشاركات بتوفر إمكانية الإحالة إلى تلك الخدمات كما كانت تقدَّم قائمة بأسماء المنظمات التي تقدم خدمات الدعم للناجيات بناء على طلب المشاركة. وفي رواندا، كانت المشاركات تُنصحن بالاتصال بالجهات المحلية الممثلة للنساء التي تم إعلامها بالبحث والتي وافقت على تقديم المساعدة في عملية المتابعة، إذا اقتضى الأمر ذلك.

وتوصلت فرق البحث في تيمور الشرقية وكوسوفو إلى أن عدد النساء اللاتي وافقن على المشاركة في البحث تتناسب عكسياً مع درجة وضوح مشروع البحث؛ فكلما زادت نسبة وضوح البحث كلما قل على الأرجح استعداد النساء اللاتي يوافقن على المشاركة في إجراء اللقاء أو حضوره. وقد تم تعديل تصميم البحث بطريقة أحدثت نتائج إيجابية في رواندا، بحيث لم يعمل الباحثون إلا ليوم واحد فقط في القرية. وفي كولومبيا، تم إجراء اللقاءات خارج الأحياء كإجراء أمني إضافي؛ ومع ذلك، كان لهذا الإجراء تحدياته إذ لم يوافق سوى عدد قليل جدا من النساء على قطع المسافة المطلوبة لإجراء اللقاءات معهن.

وتم إدخال وتحليل البيانات الميدانية المجمعة من تيمور الشرقية وكوسوفو بمراكز السيطرة على الأمراض بينما قامت المنظمات الشريكة في رواندا وكولومبيا بتحليل بياناتها بداخلها. وقد تم نشر نتائج البحث الذي أُجري في تيمور الشرقية – البلد الوحيد الذي تم فيه الانتهاء من تحليل البيانات – بواسطة الوكالات الدولية والمحلية المشاركة من خلال المجموعات المحورية ووسائل الإعلام القومية.

نظرة عامة على نتائج البحث: تيمور الشرقية[٢]

ذكرت ربع السيدات المشاركات في الدراسة التجريبية بتيمور الشرقية، البالغ عددهن ٢٨٨ مشاركة، أنهن تعرضن لعنف جسدي ونفسي على يد أشخاص من خارج الأسرة أثناء أعمال العنف التي سادت البلد في فترة الأزمة التي تبعت تصويت تيمور الشرقية للاستقلال عن إندونيسيا عام ١٩٩٩. وقد ذكرت معظم ضحايا العنف أنهن تعرضن للتهديد بالسلاح ولتعليقات جنسية بذيئة. وفي أكثر من ثلثي الحالات، تم تهديد النساء بالقتل على أيدي رجال الميليشيات المحلية أو على أيدي رجال الجيش أو الشرطة الإندونيسية.

وقد انخفضت بشكل ملحوظ مستويات أعمال العنف خارج نطاق الأسرة التي تم الإبلاغ عنها في فترة ما بعد الأزمة: إذ انخفض الاعتداء الجسدي بنسبة ٨، ٧٥٪ وانخفض الاعتداء الجنسي بنسبة ١، ٥٧٪، على الرغم من أن أكثر أنواع العنف الشائعة التي تم الإبلاغ ها ظلت ثابتة نسبياً. وقد ارتبط النزوح إلى أحد مخيمات تيمور الغربية بشكل ملحوظ بتقارير عن حدوث عنف جنسي في فترة ما بعد الأزمة. وبعد انتهاء الأزمة، ثبت أن مرتكبي العنف في تيمور الشرقية كانوا من الجيران ومن أفراد المجتمع الآخرين.

وتمت دراسة مستويات العنف الذي يرتكبه الرفقاء الحميمون خلال فترتين: الفترة الأولى هي السنة السابقة لحدوث الأزمة، والفترة الثانية هي الاثنا عشر شهرا السابقة لإجراء اللقاءات. وقد تحدثت ٨، ٤٦٪ من كل النساء اللاتي عشن علاقات من هذا النوع عن بعض أشكال التخويف والكبح، أو الإساءة الشفهية، أوالاعتداء الجسدي، أو الإكراه الجنسي من قبل رفقائهن في العام السابق لفترة الأزمة. وقد وصلت نسبتهن ٢، ٤٣٪ في العام الماضي. في حين بلغت نسبة النساء اللاتي تحدثن عن

تعرضهن للاعتداء الجسدي، من بين النساء اللاتي مررن بهذا النوع من علاقات، في العام السابق لفترة الأزمة ٢٢,٨٪، بينما بلغت نسبتهن في العام الماضي ٢٤,٨٪. وبالنسبة للنساء اللاتي تعرضن في وقت سابق للعنف الاسري، أصيبت ٤١,٥٪ منهن بإصابات جسدية ولكن لم يسعَ سوى ثلث هؤلاء النساء للحصول على علاج طبي لإصاباتهن.

وتوضح النتائج التي تم التوصل إليها عن السلوك المتبع للحصول على المساعدة أن النساء في تيمور الشرقية يطلبن المساعدة في الغالب من أفراد الأسرة. وبالنسبة للعنف الذي يرتكبه أشخاص من خارج الأسرة، أظهرت النتائج أن ٦,٩٪ و٣,١٣٪ من النساء اللاتي تعرضن للعنف، قد تقدمن ببلاغات للسلطات خلال فترة الأزمة وفي الفترة التي تلتها. ومن بين النساء اللاتي لم تخبرن أي شخص بما مررن به، ٣٨,٧٪ (خلال فترة الأزمة) و ٥٠٪ (في فترة ما بعد الأزمة)، يرجع السبب وراء عدم إخبارهن أي أحد إلى اعتقادهن أنه لا يوجد ما يمكن فعله إزاء ما حدث لهن. ومن الملاحظ أن احتمال السعي للحصول على مساعدة يقل بالنسبة للناجيات من العنف الأسري مقارنة بالناجيات من العنف الذي يرتكبه شخص من خارج الأسرة.

وقد أمد منهج البحث الذي أجري في تيمور الشرقية البحوث الوطنية الحالية حول العنف بمزيد من المعلومات وقد تمت الاستعانة بنتائج الاختبارات التجريبية في المناقشات البرلمانية حول كيفية معالجة مشكلة العنف. ومن المأمول أن يسفر إصدار بيانات كل من كوسوفو ورواندا وكولومبيا عن نتائج إيجابية مماثلة.

الطريق إلى المستقبل:

لقد أثبت هذا التعاون العالمي الجديد بين عدة أجهزة أن:

- مع وجود تخطيط كاف، وتدريب للباحثين، وتوفير وقت لإجراء اختبارات مسبقة دقيقة، سيتسنى عمليا إجراء بحوث حول انتشار العنف في المناطق المتضررة من الصراعات.
- من الممكن تصميم استبيان لاستطلاع الرأي وإجراء بحوث تعتمد على السكان باستخدام مناهج للبحث تتفق مع المعايير الدولية الموثوق فيها لجمع البيانات مع توفير الدعم في نفس الوقت للشراكات المحلية وضمان الملكية المحلية للمعارف الناتجة عن هذه البحوث.
- الباحثين المحليين يفقدون ترددهم المبدئي في طرح أسئلة فضولية في الأماكن التي ينظر فيها إلى العنف على أنه من الشئون الخاصة: فقد كانت عمليات استخلاص المعلومات التالية لإجراء البحث إيجابية عموما، وشعر كثير من الباحثين أن اللقاءات أتاحت فرصة غير مسبوقة لضحايا العنف المشاركات في البحث للحصول على التأييد والمساندة.
- وضع استراتيجيات فعالة لتقليل المخاطر أمر ممكن بالتعاون مع الشركاء المحليين: وجدير بالذكر أن الباحثين لم يواجهوا أية حوادث أمنية في أي من البلدان.

جين وارد مسئولة عن بحوث العنف في لجنة الإنقاذ الدولية International Rescue Committee (www.theirc.org) ولمعرفة المزيد عن مبادرة العنف الخاصة باتحاد البرامج المعنية بالصحة الإنجابية في مناطق الصراعات يمكنك زيارة الموقع التالي: www.rhrc.org/resources/gbv، أو الاتصال بالمؤلفة عن طريق البريد الإلكتروني: Jeanne@theIRC.org

يعتبر هذا المقال ملخصا لمقال طويل به تفاصيل أكثر عن مناهج البحث المستخدمة في هذا المشروع. ويمكن الاطلاع على هذا المقال في الموقع التالي:
www.fmreview.org/pdf/Ward.pdf

الصور المصاحبة لهذا المقال لا يقصد منها قط الإلماح إلى أن هؤلاء الأشخاص ضحايا فعليين للعنف.

١ متاح على الموقع التالي:
www.rhrc.org/resources/gbv.

٢ مأخوذ عن إم هاينز وآخرين M Hynes et al «اختبار ميداني لاستطلاع الرأي الذي أجرى في تيمور الشرقية عن العنف: الدروس المستفادة» Field Test of a GBV Survey in East Timor: Lessons Learned»، مراكز السيطرة على الأمراض ومكافحتها ،عرض شفهي بمؤتمر اتحاد البرامج المعنية بالصحة الإنجابية في مناطق الصراعات عام ٢٠٠٣؛ «الصحة الإنجابية من الكوارث إلى التطوير» Reproductive Health from Disasters to Development»، بروكسل ٢٠٠٣.

دارفور – أحدث حروب أفريقيا أثارت أسوأ أزمة إنسانية في العالم الآن

تسبب الصراع في إقليم دارفور غربي السودان، الذي لا يرد عنه إلا القليل من الأنباء والذي يثير حفيظة المتمردين ضد القوات الحكومية وجماعات الميليشيات في الإقليم، في خلق أزمة إنسانية شنيعة امتدت لدولة تشاد المجاورة

وجهت جماعتان من المتمردين، وهما جماعة جيش تحرير السودان وجماعة حركة العدل والمساواة، اتهامات إلى حكومة الخرطوم بأنها تشجع قبيلة جانجاويد على ارتكاب جريمة التطهير العرقي. ولا يزال المدنيون في دارفور يخضعون للعنف دون تمييز والتشريد القسري على نطاق واسع.

وفي إقليم يعتبر فيه التضامن العرقي عبر الحدود أقوى من مسألة الجنسية، عبر ١٣٥,٠٠٠ لاجئ سوداني الحدود مع تشاد البالغ طولها ١٣٥٠ كم. ومع تركيز أنظار العالم على محادثات السلام المتعثرة بين حكومة الخرطوم وجيش تحرير شعب السودان، يتم تجاهل احتياجات لاجئي دارفور وما يقدر بنحو ٧٠٠,٠٠٠ نازح داخلي يبحثون عن مأوى لهم في المناطق الحضرية. ولم تتمكن الوكالات الإنسانية من الوصول إلى تلك الفئات التي في حاجة ماسة إلى الحماية والمساعدة نتيجة لضعف الأمن وكذلك القيود التي تفرضها الحكومة السودانية على إجراءات التنقل.

وربما يزداد الوضع الإنساني سوءا خلال «فجوة الجوع» التقليدية التي تحدث في الشهور السابقة لموسم الحصاد. ومع بدء موسم الأمطار في مايو، تتفاقم الصعوبات اللوجيستية التي تحول دون الوصول إلى السكان المحرومين الموجودين في المناطق النائية في دارفور وتشاد.

لمزيد من المعلومات حول أزمة دارفور، يمكن الاطلاع على: www.odi.org.uk/hpg/papers/HPGBriefingNote3.pdf
وكذلك موقع الإغاثة التالي:
www.reliefweb.int

فهم أسباب العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي

بقلم: روزيلدا أونِدكو وسوزان بوردين

تساعد الاستطلاعات القائمة على أساس المشاركة في مستوطنات اللاجئين بأوغندا على تمهيد الطريق لمزيد من التدخلات الفعالة. وأوضحت الاستطلاعات التي أجريت على اللاجئين السودانيين في مستوطنة أكول بي Achol-pii للاجئين في شمال أوغندا عام ٢٠٠٠، ولاحقا في مخيم كيرياندانجو Kiryandango الذي تمت إعادة تسكينهم فيه عام ٢٠٠٢، أوضحت ارتفاع نسبة حدوث العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي (العنف). وباستخدام منهج المشاركة، قام باحثون من لجنة الإغاثة الدولية International Rescue Committee (IRC) بالبحث في أسباب العنف وآليات مكافحته وتقييمها كي يعملوا مع المجتمع من أجل تصميم استراتيجيات مناسبة للتدخل.

الأسباب الرئيسية وراء العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي:

يتم تقديم الاحتياجات الأساسية فقط لسكان المخيم. ذلك أنه نتيجة لتعطل الوسائل العادية لكسب العيش، حدث انهيار في التقسيم التقليدي للعمل. ونظرا لعدم وجود أراضٍ زراعية يستطيع اللاجئون في مستوطنة أكول بي زراعتها، اختفت المهام الذكرية بينما استمرت النساء في أداء مهامهن التقليدية مثل إحضار المياه وطهي الطعام. وأوضح الاستطلاع أن الرجال يعملون أربع ساعات فقط في اليوم، بينما تعمل النساء حوالي ٢٠ ساعة في اليوم. ويقضي الرجال معظم الوقت في التسامر بالسوق. ويُعد العنف الاجتماعي أحد التبعات السلبية للبطالة التي فرضت على سكان المخيم والإحباط الناتج عنها.

ويمتلك الرجال أربعة أخماس الأصول المنزلية القيّمة مثل الدراجات وأجهزة الراديو، في حين تقتصر ممتلكات المرأة في المقام الأول على الأصول منخفضة القيمة مثل أدوات الطهي، والعلب المعدنية الرخيصة، والطعام. وكثيرا ما يشكل ذلك مصدرا للنزاع داخل المنزل. وقد قالت إحدى السيدات: «عندما يسكر الرجال يضربوننا ويطلبون منا أن نعد لهم طعاما جيدا مثل اللحم»، الذي لا تقدر النساء أن تتحملن ثمنه. وبدلا من اللحم، تطهي النساء الخضراوات التي تعد طعاما للفقراء.

وفي مخيم «كيرياندانجو»، حيث تتوفر لدى اللاجئين فرصة للعمل بالأراضي الزراعية، ينتشر شرب الخمر في أشهر أكتوبر ونوفمبر ويناير التي يستطيع فيها اللاجئون تحقيق قدر ضئيل من الدخل عن طريق بيع المحصول الذي يحصدونه. وقد قالت إحدى السيدات: «يأخذ أزواجنا الطعام القليل الذي نحصده ليقايضوه بالخمر، وعندما يسكرون يضربوننا ويتوقعون منا أن نعد لهم طعامًا جيدًا». ومع ذلك، ينخفض في الفترة من شهر إبريل إلى شهر يونيو معدل شرب الخمر نتيجة لانشغال معظم الناس بالعمل في حقولهم. ويرتبط شرب الخمر ارتباطا مباشرا بازدياد معدلات العنف الأسري. وقد قالت إحدى السيدات: «يجبرني زوجي على معاشرته في وجود بناتي بسبب تأثير الخمر».

وانتشر أيضا على نطاق واسع الإغواء، وهو مصطلح مستخدم في القانون الأوغندي لوصف العلاقات الجنسية القائمة مع مراهق. فقد يتم إجبار فتيات في سن العاشرة على الزواج. وازدادت حالات التعرض للاعتداء نتيجة عدم كفاية خيام الإيواء. كما أصبحت الخيام مكتظة بشكل كبير خاصة في الليل. مما دفع الآباء والأمهات، بحثا عن الخصوصية، إلى إرسال أبنائهم المراهقين إلى الجيران أو الأقارب لقضاء الليلة عندهم، الأمر الذي يعرضهم للاستغلال الجنسي.

متى تحدث حالات العنف وأين؟

تفيد روايات الأشخاص الذين أجري عليهم الاستطلاع عن مواضع شائعة يرتفع فيها خطر العنف ارتفاعا حادا:

- في الأسواق، حيث لا يتاجر الناس في البضائع فحسب، بل يجتمعون أيضا للتسامر وشرب الخمر. وتتغيب كثير من الفتيات عن المدارس في أيام السوق كي تبعن الخمور في الحانات وصالات الديسكو، معرِّضين أنفسهن بذلك إلى مخاطر الاعتداء الجنسي.
- حول مصادر المياه والآبار، حيث تضطر الفتيات والنساء للانتظار حتى وقت متأخر من الليل لإحضار المياه بسبب نقص كمية المياه المتاحة. وإذا لم يكن في صحبتهن حارس أمن، تصبحن عرضة للاعتداء. ويقال عن الفتيات اللاتي تقضين ساعات طويلة عند البئر أنهن متورطات مع "صحبة سيئة".
- عندما تخرج النساء لجمع حطب الوقود أو للعمل بشكل غير منتظم بهدف المساهمة في زيادة دخل الأسرة، قد تتعرضن للاعتداء. وقد اضطرت النساء للموافقة على ممارسة الجنس مع أصحاب العمل قبل أن تتقاضين أجورهن.
- عندما يجتمع الفتيان والفتيات معا للذهاب إلى الكنيسة وتدريبات جماعة المرتلين، يتلكأ كثير منهم ولا يعودون إلى المنزل مباشرة.
- في المدارس حيث يقيم كثير من المدرسين علاقات جنسية مع الطالبات، إذ يغوون الفتيات للدخول في هذه العلاقات من خلال تقديم وعود لهن بالحصول على هدايا ودرجات عالية.
- عندما تضطر الفتيات إلى العمل كخادمات في المنازل السكان المحليين بسبب الفقر، قد يعتدي عليهن أصحاب المنازل جنسيا أو قد يجبروهن على الزواج.
- عندما تفقد المرأة زوجها، قد يطالبها أحد أقارب الزوج بمعاشرته جنسيا أو يسرق ممتلكاتها.
- في الزيجات التي يوجد بها اختلاف كبير في السن بين الزوجين، تميل أيضا معدلات العنف الأسري إلى الارتفاع.

الخاتمة

من خلال منهج المشاركة، أمكن مناقشة قضية العنف، وهي قضية حساسة من الناحية الثقافية، مع المجتمع. وللبيانات المجمَّعة أهمية في إعادة تصميم البرنامج ومراقبة تنفيذه وتقييمه. وأكدت نتائج الاستطلاع على الحاجة إلى:

- منهج متعدد القطاعات قائم على أساس فهم أفضل للأعراف الثقافية.
- توسيع مشاركة المجتمع بهدف تعزيز ملكية المجتمع واستدامة البرنامج.
- زيادة الوعي لدى الرجال والاعتراض على الإدراك الذكري القائم على أن العنف يحدث خارج الأسرة فقط.
- تناول المحظورات التي تمنع الشباب من مناقشة الأمور الجنسية.

كانت روزيلدا أوندكو أثناء إجراء الدراسة تشغل منصب مدير برنامج الصحة الإنجابية وفيروس HIV المسبب لمرض الإيدز بلجنة الإغاثة الدولية، ولكنها تشغل حاليا منصب مستشار للصحة الإنجابية بمفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين بجنيف، ويمكن الاتصال بها من خلال عنوان البريد الإلكتروني التالي: ondeko@unhrc.ch

تدرِّس سوزان بوردين في برنامج الهجرة القسرية والصحة بكلية ميلمان للصحة العامة بجامعة كولومبيا. ويمكن الاتصال بها من خلال عنوان البريد الإلكتروني التالي: sjp98@columbia.edu

توفير خدمات الصحة الإنجابية للاجئين الصوماليين في اليمن

بقلم: فوزية جعفر، وسامانثا جاي، وجين نيوسزا سينسكي

«ماري ستوبس» تواجه تحدي توفير خدمات الصحة الإنجابية منخفضة التكاليف.

تعد مؤشرات الصحة الإنجابية في اليمن من أسوأ المؤشرات في العالم العربي. ويبلغ معدل وفيات الأطفال الرضع ٧٣٫٠٨٥ لكل ١٫٠٠٠ حالة ولادة، ويبلغ معدل وفيات الأمهات ٨٥٠ لكل ١٠٠٫٠٠٠ حالة ولادة. وتستخدم واحدة فقط من بين كل خمس نساء يمنيات أي وسيلة لمنع الحمل. والخدمات الصحية محدودة وذات نوعية غير مرضية. وعلى الرغم من أنه يحق للاجئين استخدام الخدمات الصحية وغيرها، فإن الحقيقة هي أن الاستفادة بالرعاية الصحية الأولية غير كافية بالنسبة لليمنيين وللمسجلين الذين يبلغ عددهم ٨١٫٧٠٠ لاجئ والعدد الكبير من اللاجئين غير المسجلين - ومعظمهم من الصوماليين والأثيوبيين والأريتريين.

وقد قامت مؤسسة «ماري ستوبيس الدولية - فرع اليمن» بفتح أول مركز للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في صنعاء عام ١٩٩٨، وتم فتح المزيد من المراكز في سيون وعدن وتعز. ويوفر فرع مؤسسة «ماري ستوبيس الدولية - فرع اليمن» خدمات شاملة لرعاية صحة الأم والطفل والصحة الإنجابية للنساء محدودات الدخل وعائلاتهن. وتشمل هذه الخدمات توفير الوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة، وتشخيص وعلاج الأمراض التي تنتقل عن طريق ممارسة الجنس، والرعاية قبل الولادة وبعدها، والتوليد، وطب الأطفال، والتعليم التثقيفي الصحي، والخدمات المعملية والصيدلية.

وأوضحت النتائج الأساسية المستخلصة من البحوث التي أجرتها المؤسسة حول احتياجات الرعاية الصحية والصحة العامة للاجئين - بعد التشاور مع الأجهزة الحكومية والمنظمات غير الحكومية والشركاء واللاجئين من الذكور والإناث ما يلي:

- ليس من حق المرأة التي لا تحمل بطاقة تسجيل لاجئة رسمية الحصول على الخدمات المدعومة.
- القيود الاقتصادية التي يعاني منها اللاجئون تجعل الوصول إلى الخدمات الصحية أمراً صعبا بالنسبة لمعظم النساء.
- المعتقدات الاجتماعية والتقليدية، إلى جانب الافتقار إلى الوعي الصحي والوعي بتنظيم الأسرة بين عائلات اللاجئين، تجعل من الصعب عليهم التخطيط لحجم أسرهم حسب رغبتهم أو اتخاذ قرار بهذا الشأن.
- كثير من اللاجئين لا يستخدمون أي وسيلة لتنظيم الأسرة ويتمتعون بمعدلات خصوبة مرتفعة.
- الافتقار إلى الوعي بمخاطر الحمل المبكر، وتكرار الولادات وانتشار عمليات الإجهاض غير الآمنة تزيد من ارتفاع مستويات وفيات الأمهات.
- اللاجئات لا تشعرن بالارتياح في المراكز الصحية اليمنية.
- اللاجئات الأصغر سنا تتلقي خدمات سيئة من جانب المنشآت الصحية القائمة.

وإزاء ذلك، قامت «مؤسسة ماري ستوبيس الدولية - فرع اليمن» بمد نطاق خدماتها البعيدة والقائمة على أساس العيادات إلى جميع اللاجئين في صنعاء الحضرية بمساندة كل من صندوق السكان التابع للأمم المتحدة والمفوضية العليا للاجئين التابعة للأمم المتحدة. وأوفت الموضوعات التي نوقشت في دورات التثقيف الصحي بالاحتياجات التي تم تحديدها في البحث. ويقود المعلمون الصحيون ذوى الحساسية الثقافية المناقشات حول نطاق كبير من موضوعات الصحة الدولية والصحة الإنجابية بالإضافة إلى معالجة الأفكار الخاطئة حول وسائل تنظيم الأسرة، واتجاهات الذكور وختان الإناث. وقد شارك أكثر من ٦٫٠٠٠ من اللاجئين الذكور والإناث بالحضور في دورات التثقيف الصحي وتم تدريب ٢٠ من قيادات المجتمعات لترأس دورات التثقيف الصحي.

ويستقبل مركز صنعاء التابع لمؤسسة ماري ستوبيس الدولية - فرع اليمن الآن أكثر من ١٫٥٠٠ لاجئ يترددون عليه كل شهر. ويحصل جميع المترددين على المركز التابع للمؤسسة على نفس مجموعة الخدمات. وعلى الرغم من أن اللاجئين يحصلون بشكل متزايد على خدمات تنظيم الأسرة وخدمات تتعلق بالأمراض التي تنتقل عن طريق ممارسة الجنس فإنهم يميلون أكثر من المترددين اليمنيين إلى الحصول على خدمات الرعاية الصحية العامة.

وتمشيا مع سياسة المؤسسة الخاصة بتطوير الخدمات المستدامة، فإن هناك نظاما تدريجيا للرسوم بالنسبة لكل من المترددين اليمنيين واللاجئين، على الرغم من أن غالبية اللاجئين يحصلون على خدمات مجانية. ويضمن العلاج المدعم أو المجاني عدم رد أي أحد عن مراكز المؤسسة بينما يضمن تقييم الخدمات وعدم تداعيها مع انتهاء تمويل المانحين.

النتائج

ارتفع عدد المترددين الصوماليين الذين يحصلون على الخدمات في المراكز التابعة للمؤسسة بشكل مطرد منذ بداية المشروع، ويرجع ذلك في جانب منه إلى تزايد الوعي والقبول بخدمات الصحة الإنجابية ولكنه يرجع في جانب كبير منه



دورات تعليمية في التوعية الصحية، اليمن

إلى الاحترام الذي يعاملون به في المراكز التابعة للمؤسسة بالمقارنة بالاستقبال الفاتر الذين يقابلون به في المراكز الصحية الأخرى. وكانت نوعية الرعاية، وقصر فترات الانتظار والسرية محل تقدير كبير من جانب اللاجئين وساهمت في زيادة أعداد المترددين.

وفي بداية المشروع، أعرب المترددون اليمنيون على المراكز عن مخاوفهم إزاء تطوير مركز متكامل يخدم كل من المترددين اليمنيين والصوماليين. ومن ناحية أخرى، عمل فريق المؤسسة بصورة جادة للتغلب على العداءات بين الطوائف وضمان وصول الخدمات بشكل متساوي. وإلى جانب العمل الخاص بزيادة الوعي بين المترددين اليمنيين بشأن طوائف اللاجئين، أجرى المشروع أيضا تغييرات داخل المراكز لتحسين الظروف بالنسبة لجميع المترددين. وأسفرت دورات التثقيف الصحي عن المزيد من المواقف الإيجابية تجاه مناقشة الأمور المتعلقة بالجنس والصحة الإنجابية، وزيادة المعرفة واستخدام تنظيم الأسرة وزيادة عدد المترددين الذين يسعون لعلاج الأمراض التي تنتقل عن طريق ممارسة الجنس. وتعتبر الملائمة الثقافية واللغوية أساسية لنجاح هذه الدورات.

> وتعتبر الملاءمة الثقافية واللغوية أساسية لنجاح هذه الدورات

ولقد أصبح وعي الذكور بالصحة الإنجابية أمرا مهما في زيادة المعرفة بخدمات الصحة الإنجابية وفهمها. وتمت الاستعانة بمسئول عن التثقيف الصحي لتنفيذ التثقيف الخاص بالصحة الإنجابية بالنسبة للاجئين الذكور، بما في ذلك استخدام الواقي الذكري. كما قام بزيادة الوعي بالخدمات المجانية الجديدة للاجئات وأطفالهن، وإقناع الرجال بالموافقة على استخدام هذه الخدمات وتشجيع عائلاتهم على استخدامها. وهذا أمر حيوي لأن المرأة تحتاج في الغالب إلى إذن من زوجها وتحتاج إلى أن يرافقها رجل من أفراد الأسرة للذهاب إلى المراكز الصحية.

وكان التنسيق مع جميع المهتمين الرئيسيين مهما لقبول المشروع واستمراريته. وبعد تقييم الاحتياجات، تعاونت المؤسسة مع مختلف المنظمات لبحث السبل التي يمكنها التعاون فيها لتوفير المساعدة للاجئين، لاسيما لتمويل التدريبات المحتملة الخاصة بالتثقيف الصحي وإنتاج مواد إعلامية بمساعدة المترجمين الذي يتحدثون اللغة العربية ولغة أو أكثر من لغات اللاجئين المختلفة.

التوصيات:

- يعتبر زيادة التثقيف الصحي والتدريب للمتطوعين في مجال التثقيف الصحي داخل المجتمع أساسيا لضمان التحسين المستمر في الوضع الصحي مع ضمان إمكانية إعطاء الأولوية للأمور الجنسية والأمور الخاصة بالصحة الإنجابية داخل المراكز الصحية.
- سوف يتيح التدريب المستمر على الإعلام الصحي للمتطوعين في مجال التثقيف الصحي الاضطلاع بالمزيد من المسئوليات: ويزيد هذا من وضعهم ويمكّنهم من خدمة مجتمعاتهم بشكل أفضل وتحرير موارد المشروعات النادرة.
- يجب أن تصبح المراكز الصحية اليمنية أكثر ترحيبا باستقبال الجالية الصومالية وتفتح أبوابها لاستقبالهم.
- هناك حاجة لتطوير مراكز مصغرة لتنقل الخدمات بصورة أقرب لطوائف اللاجئين.
- هناك حاجة للتقييم المشترك للفقر لضمان ملائمة رسوم الخدمات وأن يتم تقديم الدعم لضمان ألا تصبح الرسوم حاجزا أمام الاستفادة بهذه الخدمات.
- هناك حاجة لوصول المعلومات والخدمات إلى اللاجئين من الشباب والفتيات.
- هناك حاجة لتوفير شبكات فعالة للولادة الآمنة والرعاية الخاصة بحالات التوليد الطارئة لطوائف اللاجئين.

الخطط المستقبلية

تعتبر خدمات الصحة الإنجابية التي تقدم إلى اللاجئين في مدينة عدن الجنوبية محدودة للغاية. ويعيش معظم اللاجئين إما في المخيم الرسمي المعزول التابع للمفوضية العليا للاجئين التابعة للأمم المتحدة في «الخرز» والذي يضم رسميا ١٠,١٤٥ لاجئ صومالي، أو في «البساتين» وهو حي فقير في منطقة «المنصورة» بعدن، حيث يعيش كثير من اللاجئين في مخيمات عامة. وقد اتصلت المفوضية العليا للاجئين التابعة للأمم المتحدة بمؤسسة ماري ستوبيس الدولية – فرع اليمن مؤخراً للمشاركة في التمويل وإنشاء عيادة في «البساتين» لتقديم خدمات مدعومة في مجالات الصحة الإنجابية والرعاية الصحية الأولية. كما تأمل في مواجهة الاحتياجات في منطقة «الخرز» باستخدام العاملين الحاليين في العيادة لتوصيل الخدمة إلى اللاجئين الأكثر فقراً وتعرضا للخطر. كما تعتزم المؤسسة توسيع نطاق أنشطتها وخدماتها الحالية لمعالجة اللاجئين الشبان من الجنسين الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٣ و٢٠ عاما، والتركيز على أنشطة المعلومات.

تشغل فوزية جعفر منصب المدير المحلي لمؤسسة ماري ستوبيس الدولية – فرع اليمن.
البريد الإلكتروني: msfowzia@y.net.ye

سامانثا جاي هي كبيرة مستشاري مبادرة الصحة الإنجابية في مؤسسة ماري ستوبيس الدولية البريد الإلكتروني: sam.guy@mariestopes.org.uk

جين نيوسزاسينسكي هي مديرة دعم البرامج بمؤسسة ماري ستوبيس الدولية البريد الإلكتروني: jane.niewczasinski@mariestopes.org.uk

للمزيد من المعلومات عن مؤسسة ماري ستوبيس الدولية انظر www.mariestopes.org.uk.


نساء لاجئات في مركز مؤسسة «ماري ستوبيس الدولية – فرع اليمن»

الانحياز: الأزمة العراقية ومستقبل العمل الإنساني

بقلم: انطونيو دونيني

الأزمة العراقية تمثل تحديات خطيرة للعاملين في مجال العمل الإنساني.

تواجه وكالات العمل الإنساني في العراق، كما هو الحال في أفغانستان، ظروف عمل تسودها الصراعات وأزمة أمنية ومآزق. وقضايا تتعلق بالسياسيات الرئيسية ناجمة عن الحاجة للتفاعل مع قوات التحالف التي يعتبر تدخلها غير مشروع في نظر قطاعات كبيرة من المواطنين في المنطقة وخارجها. وأصبحت الخطوط الفاصلة بين العمل السياسي والعمل الإنساني غير واضحة بصورة خطيرة، وأصاب الضعف المبادئ الإنسانية وتدنت قيمة المصداقية الشاملة للعمل الإنساني. ويُنظر إلى الأمم المتحدة والوكالات الإنسانية الأخرى على أنها متحيزة، الأمر الذي أسفر عن عواقب وخيمة بالنسبة لأمن العاملين التابعين لها وعن تهديد مستمر للعمليات الإنسانية في الدولتين.

ومن المرجح أن تكون للسياسات التي اتخذتها، والعمليات التي قامت بها، الوكالات الإنسانية في الإطار العراقي، سواء في مقاراتها الرئيسية أو في الواقع العملي، تأثير دائم يتجاوز العراق. وتعتبر قضيتي «ما إذا» كان يتعين العمل في العراق و«كيفية» تحقيق ذلك، من القضايا التي أجهدت تفكير الوكالات الإنسانية منذ فترة سبقت التدخل الذي قادته الولايات المتحدة. وكان الجو الذي دارت فيه المناقشات حول هذه القضايا محملاً بحساسيات سياسية ومؤسساتية. وقد تباينت الآراء بشكل واسع النطاق حول كيفية الارتباط بقوة الاحتلال وحول مدى إلزام قوة الاحتلال بمسئولياتها وفقا للقانون الإنساني الدولي بالنسبة لتوفير الأمن والرعاية للمدنيين بالإضافة إلى توفير ظروف آمنة ومساعدة للقيام بأنشطة تقديم المساعدات. وفي ضوء الموقف الأمني السائد، أصبح ذلك الآن موضع نقاش؛ إذ غادرت البلاد غالبية العاملين التابعين للأمم المتحدة واللجنة الدولية للصليب الأحمر والمنظمات غير الحكومية، والتواجد الباقي رمزي إلى حد كبير. كما أن انفجار بغداد - الذي أسفر عن مقتل سيرجيو فييرا دي ميلو و٢١ من رفاقه والهجمات ضد اللجنة الدولية للصليب الأحمر والمنظمات غير الحكومية - أدى إلى نقل المخاطر وعواقب الخيارات التي اتخذت إلى مقار هذه المنظمات نفسها.

وهناك قلق عميق يسود الآن الوكالات العاملة في المجال الإنساني. ويُنظر إلى قضايا العراق على أنها مثيرة للقلق بشكل عميق لحدوثها بعد وقت قصير من أزمتي أفغانستان وكوسوفو. ويشعر الكثيرون أنه تم إضفاء الطابع السياسي على العمل الإنساني إلى حد نادر الحدوث وأن ارتباط العمل الإنساني بتدخل التحالف كان بمثابة وصمة له. وتم التوصل إلى حلول وسط خطيرة سيكون من الصعب فك ارتباطه بها.

ضعف مبادئ الحياد والنزاهة والاستقلال

تشهد الوكالات الإنسانية انقساما في داخلها وفيما بينها في الوقت الذي تتصارع فيه مع الضغوط المتنافسة المتعلقة بالمبادئ في مقابل البقاء المؤسساتي. وواجهت المنظمات غير الحكومية الراسخة تماما، لاسيما تلك الموجودة في الولايات المتحدة، خيارات صعبة ولي ذراع من جانب حكوماتها. كما واجهت منافسة من جانب الشركات «التي تسعى لتحقيق الربح». وعلى النقيض من كثير من نظيراتها في أوروبا، لا تستطيع معظم المنظمات غير الحكومية الموجودة في الولايات المتحدة الرفض. ولم يكن أي شخص في المنظمات العاملة في مجال تقديم المساعدات الإنسانية مستعدا لأن يقول صراحة قبل التدخل «يجب ألا نكون في العراق - ولندع قوة الاحتلال تقوم بالوفاء بمسئولياتها وفق القانون الدولي الإنساني وتنهي الفوضى التي خلقتها». ومع ذلك يتساءل الكثيرون الآن في أحاديثهم الخاصة عما إذا كان ينبغي على الجهاز الإنساني التابع للأمم المتحدة العمل داخل العراق وما إذا كان يتعين على المنظمات غير الحكومية الاعتماد على الأمم المتحدة باعتبارها «عازلا» أمام قوة الاحتلال.

وهناك عاملان إضافيان ضاعفا من غموض الموقف. العامل الأول هو الافتقار إلى تفهم واضح لطبيعة الموقف على الأرض والذي وصف اعتباطا بأنه «إنساني» لتبرير تواجد الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية في غياب تفويض من الأمم المتحدة.[1] واحتاجت الوكالات إلى غطاء إنساني لكي تتواجد. وقد شجع على طلب الأمم المتحدة مبلغ ٢.٣ مليار دولار في أبريل عام ٢٠٠٣، اعتبارات سياسية (الضغط من التحالف لأن تكون الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية هناك)، والبقاء المؤسساتي (إذا لم نذهب فإن شخصا ما آخر سيفعل)، والحجم الهائل من الأموال المتاحة. أما العامل الثاني فهو دمج البرامج الإنسانية والتنموية وبرامج المساندة لتناسب حتميات بقاء الوكالات.[2] وهذان الاعتباران هامان لأنهما يوضحان مدى شرود الوكالات الإنسانية نحو أرض تعتبر سياسية في المقام الأول.

وهذه ليست المرة الأولى التي تصبح فيها الخطوط بين العمل الإنساني والعمل السياسي غير واضحة. فقد قدمت أفغانستان وكوسوفو تجربة مسبقة للضغوط غير المستساغة على العمل الإنساني. ومن أنجولا إلى تيمور الشرقية مع ما يوجد من نقاط بينهما، مارس القائمون بالأعمال الإنسانية نشاطهم في أجواء ذات طابع سياسي أو عملوا كأوراق تين للعجز السياسي. إلا أن العراق يمثل مستوى جديداً لاقتحام العمل الإنساني لا يختلف فقط في درجته ولكن أيضا في نوعه عما سبقه من اقتحام. وتتمثل الاختلافات الرئيسية في الافتقار إلى موافقة من الأمم المتحدة على الهجوم على العراق، والضغط للتفاعل مع قوة احتلال يعتبرها الكثيرون غير مشروعه، والاستجابة غير العادية القائمة على أساس توفير الإمدادات، واللجام القصير الذي تكبح به بعض الحكومات المانحة الوكالات العاملة.

وتُلقي الحرب العالمية على الإرهاب بظل كئيب على فرص العمل الإنساني القائم على المبادئ. ومن ناحية يعد مبدأ بوش الصورة العاكسة لتنظيم القاعدة، إذ يقول الإثنان «أنت إما معنا أو ضدنا». وهذا لا يترك مساحة ثمينة تذكر للعمل الإنساني المستقل المحايد النزيه. وتتخذ القرارات الخاصة بالقضايا الإنسانية من جانب كبار المانحين، بما في ذلك القرارات التي تتعلق بالمكان الذي يتعين، والذي لا يتعين، التمويل فيه في سياق برامجهم الأمنية. وأسفر هذا عن استعداد مقلق لتجاهل المبادئ الإنسانية والقانون الإنساني الدولي بوجه عام - كما توضح عمليات الاحتجاز في جوانتانامو، وما

يتردد عن السكوت على ما يحدث من تعذيب وحرية التصرف المسموح بها للروس في الشيشان. ويعزز التفاوت واسع النطاق في أنماط التمويل التصور بأن الشمال يطبق معايير مزدوجة بالنسبة للمعاناة في الجنوب. وتمتص الأزمات البارزة الأموال بينما تعاني الأزمات المنسية والأكثر خطورة في الغالب من الإهمال.

إن التقسيم الذي يزداد عمقاً بين «نحن في مقابل هم» يهدد جوهر العمل الإنساني. ولقد أدت الأحداث في العراق وأفغانستان إلى زيادة إدراك العاملين في مجال العمل الإنساني بأن العمل الإنساني هو عمل ينتمي إلى الشمال. ولا هروب من حقيقة أن ما نسميه «المساعدات الإنسانية» يتم تمويلها من جانب نادٍ صغير من المانحين الغربيين وتنفذه وكالات وأفراد موجودين أساسا في الدول المانحة ويتبنون عموما قيم هذه الدول. وحتى الأمم المتحدة عاجزة عن «إضفاء الطابع متعدد الأطراف» على العمل الإنساني: وعلى خلاف عمليات حفظ السلام التي تمول بمساهمات من جميع الأعضاء، فإن تمويل المساعدات الإنسانية اختياري. وهذا يعني أن الدول الأعضاء الـ ١٧٠ أو نحو ذلك، التي ليست جزءا من نادي الدول المانحة، ليس لها دور منظور في سياسات المساعدات الإنسانية التي تقوم بها الأمم المتحدة وفي تنفيذها. وبالإضافة إلى ذلك، فإنه حتى المساعدات متعددة الأطراف يتم إضفاء الطابع الثنائي عليها من خلال التخصيص المتزايد للأموال لدول أو أنشطة معينة.

وهذا يدعو إلى التشكك حول عمومية العمل الإنساني في حد ذاته. وبطبيعة الحال، فإن الصلات الكامنة بين سياسات واقتصاديات دول الشمال من ناحية ومساعدات التنمية الرسمية والعمل الإنساني من ناحية أخرى ليست جديدة. إلا أنه في الوقت نفسه هناك أشكال أخرى من «العمل الإنساني» تمر دون ملاحظة ودون أنباء عنها مثل تبرعات الدول الإسلامية والجمعيات الخيرية، والزكاة والأشكال الأخرى من الإعانات التي تقدم من خلال المساجد، وتحويلات العاملين في الخارج، ناهيك عن تبرعات الدول التي تعاني هي نفسها من الأزمات والاستراتيجيات الملائمة للمجتمعات المتضررة. ويحتمل أن تكون هذه «التدفقات غير المسجلة كبيرة، وربما حتى أكبر من التدفقات الرسمية». ولا يجب أن يكون الاستياء المتزايد إزاء العمل الإنساني في أجزاء كبيرة من العالمين النامي والإسلامي بمثابة أمر مفاجئ. وكون أن الجماعات المتطرفة تعتبر القائمين على تقديم المساعدات أهدافا للعدو ليس سوى مثال مفرط على مدى هذا الاستياء.

تصدع مفاهيم الرحمة إلى حد الانهيار

على الرغم من أنه قد تكون هناك بدايات لبعض الإجماع على ما حدث من خطأ في العراق وكيف أن العراق زاد من التركيز على القضايا التي ظهرت في أفغانستان، فإن التركيز على الصورة الأكبر وتطورها المحتمل أمر أكثر صعوبة. ويبدو أن العمل الإنساني يتم في ظروف غامضة بشكل متزايد تكتنفها المناورة والتوتر بين خيارات السياسات وحتى فلسفات العمل الإنساني. وإذا نظرنا من منظور أكثر كآبة، فإن البعض تكهن بأن احتمالات العمل الإنساني في عصر الإرهاب ومكافحة الإرهاب سوف تكون كئيبة بصورة متزايدة.[٣] ويبدو أن المساحة المحايدة للعمل الإنساني آخذة في التقلص بشكل عام واختفت عملياً في مواقف معينة مثل ما حدث في العراق وأفغانستان. فهل ما زال من المعقول استخدام تعبير العمل الإنساني عندما انضم القساوسة المفترض أن يكونوا حماة المبدأ إلى خدمة الإمبراطورية سواء عن رضا أو على مضض؟

إن مستقبل العمل الإنساني قد يتشكل على أساس الكيفية التي ستتم بها الإجابة على الأسئلة التالية:

- هل نحن نشهد ظاهرة مؤقتة – خروج عن القياس للقيم الإنسانية في حدود ضيقة نسبيا في عهد ما بعد الحرب الباردة– أم حالة أكثر استمرارية مرتبطة بهيمنة الدولة العظمي والحرب ضد الإرهاب؟
- هل إخضاع العمل الإنساني للأهداف السياسية للدولة العظمي الوحيدة انحراف عابر أم نذير بأوقات صعبة للمبادئ الإنسانية في المستقبل؟
- هل أسفر الضغط من أجل «التماسك» و«التكامل» في إدارة الأزمات عن طفرة مؤقتة أو دائمة للبعد الإنساني في استجابة الأمم المتحدة للأزمات؟
- كيف سيتم حسم التوتر بين الأمم المتحدة الممثلة في مجلس أمن والأمم المتحدة الممثلة في «نحن الشعوب...» (وهي العبارة الافتتاحية في ميثاق الأمم المتحدة)[٤]؟ هل من الممكن تحقيق الإصلاحات التي ستعطي أولوية اكبر في مناقشات المجلس لحقوق الإنسان واحتياجات الإنسان حيثما وجدت؟
- هل هناك نظام استجابة للأزمات من طبقتين بدأ في الظهور تعتبر فيه الولايات المتحدة الطلقات والقيود عملا إنسانيا في المواقف البارزة التي تشارك فيها مباشرة، بينما يكون العاملون في مجال العمل الإنساني أكثر قدرة على الانطلاق في نشاطهم القائم على المبادئ في الأزمات الأقل وضوحا، والتي قد تكون أكثر خطورة ولكنها تجتذب اهتماما وتمويلا أقل؟
- هل انخفاض قيمة الرموز الإنسانية والتهديدات التي يواجهها العاملون في مجال النشاط الإنساني مختلفة نوعيا أم كميا فقط عن التجربة السابقة؟ وماذا نعرف عن دوافع الجماعات المتطرفة وشكاواهم؟ هل من الممكن المشاركة معها بالنسبة لقضايا القانون الإنساني الدولي؟
- ما هو الجوهر الأساسي للعمل الإنساني وكيف يتصل (أو لا يتصل) مع الأشكال الأخرى للمشاركة الدولية في الدول النامية – التنمية وحقوق الإنسان والتجارة والاستثمار والعمل السياسي/العسكري؟
- هل من الممكن أو المرغوب فيه فصل العمل الإنساني عن القيم الغربية والطرق التي يتم من خلالها التعامل مع موضوع الأمن؟
- ما هي القيم والتقاليد المحلية التي قد يقتحمها عمل إنساني أكثر شمولا؟

إن منظمات العمل الإنساني منقسمة حول كيفية التفاعل مع قوة الاحتلال في العراق أو حول الدروس التي يمكن استخلاصها من التجارب الأخيرة. ويعكس نطاق المواقف الحالية المناقشات السابقة التي دارت حول ما إذا كان الطابع المدني للعمل الإنساني شيء لا بد منه أو مجرد سمة مرغوب فيها. وتختلف وكالات العمل الإنساني فيما بينها حول ما إذا كان من المستحسن قبول أموال من القوات المسلحة للمشتركين في الحرب والتعاون معها وما إذا كان يتعين إشراك هذه القوات في إيصال الإعانات. ومن المحتمل أن يكون لهذه القضايا تأثير دائم حول كيفية تصور المنظمات غير الحكومية لأدوارها المستقبلية في مواقف الأزمات. لقد كان الضغط على المنظمات غير الحكومية الأمريكية للعمل «كعامل مضاعف للقوة» لأهداف السياسة الخارجية الأمريكية قويا بصفة خاصة، وأدى إلى قدر كبير من التعبير عن القلق الداخلي – لكن إلى قليل من النقاش العلني – حول كيفية مواجهة مثل هذه الضغوط في المستقبل. وفي المقابل، كان طريق المنظمات غير الحكومية الأوروبية التي تعتمد عموما بشكل أقل على الاعتمادات الحكومية الثنائية أكثر يسراً.

ويؤدى هذا إلى تساؤل أساسي بالنسبة للعاملين في مجال النشاط الإنساني. فالأدلة التي أوضحتها السنوات القليلة الماضية تشير إلى ظهور متزايد للتكامل بين الاستجابات السياسية والإنسانية كنمط ولكن فقط في الأزمات البارزة؛ أي تلك التي يكون مجلس الأمن أو مصالح الدولة العظمي هي الدافع وراء الموقف الشامل للسياسة. أما في الأزمات غير البارزة فإن العمل الإنساني القائم على المبادئ يتمتع بفرصة أفضل للبقاء. ولقد كانت مهمة الأمم المتحدة في أفغانستان ما بعد مؤتمر

«بون» هي الأكثر «تماسكا» و«تكاملا» حتى الآن. لكن عناصر التكامل قائمة في جميع مهام الأمم المتحدة الأخيرة من كوسوفو إلى العراق. وأصبح العمل الإنساني في مثل هذه المواقف مساعدا لبرنامج أكبر وسياسي في المقام الأول له علاقة بالكيفية التي يختارها المجتمع الدولي لإدارة استجابته الشاملة للأزمات. وهكذا فإن الضغط من أجل التكامل يحمل سياسة حاسمة وتداعيات مؤسساتية بالنسبة للعمل الإنساني.

وهناك خياران أمام الأجهزة الإنسانية للأمم المتحدة. الأول، أن تشترك جميع الدول الأعضاء في آلية إدارة وحسم النزاعات التابعة للأمم المتحدة، مع احتمال فقدانها لصوتها الإنساني المستقل والمحايد. والثاني، ينطوي على درجة ما من الانفصال أو الانعزال عن تلك الآلية من أجل تعزيز السياسة والشراكة في مجتمع العمل الإنساني، مع خطر أن تكون أقل قدرة على التأكد من إعطاء الاهتمامات الإنسانية ترتيبا متساويا في الاستجابة الشاملة. ولقد كانت التجربة مع «الترتيب المتساو» حتى الآن متفاوتة في أحسن الأحوال. ففي أفغانستان، وكذلك أيضا في كثير من الأزمات الأفريقية، أثبتت التجربة أن الأمم المتحدة السياسية لا ترى نفسها ملزمة بالمبادئ الإنسانية، وكثيرا ما كان تقديرها محدوداً لقيمة الجهد الإنساني في حد ذاته ومن جانبها. ومن الناحية الثقافية والمؤسساتية، يبدو أن هناك ترددا في الاعتراف بأن العمل الإنساني وحقوق الإنسان لهما قيمة بطبيعتهما وأساسيان أيضا للسعي لتحقيق السلام.

وسوف يشكل الانعزال في بعض الأوجه عودة إلى الهيكل المؤسساتي لعهد الحرب الباردة عندما كانت قضايا العمل الإنساني وحقوق الإنسان حبيسة صناديق محكمة الغلق. ويتطلب الاعتراف بأن هناك حربا باردة جديدة في الأفق – تقوم حول الحرب العالمية ضد الإرهاب – من العاملين في مجال العمل الإنساني أن يكونوا أكثر حرصا في تحديد المساحة التي يعملون فيها.

وبغض النظر عما إذا كان سيتم إعادة فتح هذه القضية الخاصة بالهيكل المؤسساتي للأمم المتحدة، يشعر الكثيرون أنه يتعين مضاعفة الجهود للتأثير على صانعي القرار في مجلس الأمن وغيره بالنسبة لقضايا العمل الإنساني والحماية. وقد شكل السكرتير العام للأمم المتحدة في نوفمبر عام ٢٠٠٣ لجنة أطلق عليها اسم «لجنة الشريط الأزرق» لإصلاح الدور السياسي والأمني للأمم المتحدة. ويعتبر تشكيل تلك اللجنة فرصة لتحقيق ذلك.[6] وسوف يكون الهدف من وجهة نظر العمل الإنساني هو «إضفاء الطابع الإنساني» على العمل السياسي لكن بدون إضفاء الطابع السياسي على العمل الإنساني.

إعادة تعريف «العمل الإنساني»

في ضوء الخلط الذي اعترف به الجميع ابتداء من سكرتير عام الأمم المتحدة إلى ما دون ذلك، ربما من الممكن أن يكون أحد المجالات الأولى المطلوب معالجتها هو تعريف تعبير «العمل الإنساني». هل مازال العمل الإنساني الذي يكون الدافع إليه مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة يتصف بالإنسانية؟ إن من المفيد أن نذكر هنا أن أحد رؤساء أجهزة الأمم المتحدة على الأقل أعرب عن أسفه إزاء تدخل مجلس الأمن في الأمور الإنسانية وطالب بأن يكون السكرتير العام هو المتحدث باسم «نحن شعوب...» بدلا من أن يكون المتحدث باسم مجلس الأمن.

ويتعارض التركيز على الأنشطة الإنسانية الجوهرية مع الاتجاه الذي ساد في التسعينات عندما امتد البرنامج الإنساني ليشمل مجالات لم تكن إنسانية بشكل صريح – مثل بناء السلام، وبناء القدرات وحسم النزاعات بدافع تقديم المساعدات. وبالإضافة إلى ذلك، فإنه بسبب أفول «التنمية» كقوة حاشدة في تسيير العلاقات بين الشمال والجنوب والأهواء البيزنطية للمتحكمين في منح المساعدات، أطلقت صفة العمل الإنساني على كافة أنشطة المساعدات الصغيرة النطاق والتي تعطي المجتمع ككل في حين أن الصفة الأكثر ملاءمة لها هي «التنمية». وكان هذا النمط ملحوظا بصفة خاصة في أفغانستان، وكذلك في العراق وجمهورية الكونغو الديمقراطية وسيراليون. وفي العراق، كان هناك خلط مضاعف بين السياسة والعمل الإنساني من جهة وبين العمل الإنساني والعمل التنموي من جهة أخرى. وكان هذا الغموض مصدر الكثير من الارتباك.

ويشعر كثيرون أن العمل الإنساني الفعال والقائم على أساس المبادئ يتطلب شكلا من أشكال العودة إلى الأساسيات. وكلما تم الابتعاد عن العمل الإنساني «المسجل» الذي تنص عليه اتفاقيات جنيف، زادت أخطار السير على أرض كثيرة الضباب. ويعارض هذا الرأي الذي ينسب إلى دونانت (مؤسس الصليب الأحمر)[7] أولئك الذين يعتقدون أن الأسلوب الأكثر تقيداً لا يحقق العدل للنزاعات الحالية التي تتصف بالتعقيد وكذلك في حالات الطوارئ التي تمتد لفترات طويلة بوجه خاص. وفي الوقت نفسه، هناك إدراك بأن القائمين بالعمل الإنساني ربما تجاوزا الحد في احتلالهم للمساحة التي تركها الآخرون خالية: أي، العاملون في مجال التنمية وتقلص مشاركة الدول في المساعدات التنموية الرسمية. وربما أيضا هناك حاجة لبعض التنظيم للعاملين في مجال العمل الإنساني.

وقد يكمن الحل في مكان ما في المنتصف. فليس هناك حل يناسب الجميع. وقد تبرر الأساليب الإنسانية المبالغ فيها في بعض المواقف – لاسيما عندما يكون هناك اتفاق سلام راسخ واستراتيجية جماعية متفق عليها تناسب درجة ما من حل متكامل – بينما قد تكون الحلول المعتدلة أو الدونانتية (نسبة إلى دونانت مؤسس الصليب الأحمر) هي السبيل الوحيد المتوفر في الظروف ذات الطابع الخلافي والسياسي والمتقلب بصورة مبالغ فيها.

انطونيو دونيني هو زميل زائر كبير، في معهد واتسون للدراسات الدولية، بجامعة براون، بولاية رود إيلاند بالولايات المتحدة الأمريكية من عام ١٩٩٩ إلى عام ٢٠٠٢، وعمل مديرا لمكتب تنسيق المساعدات الإنسانية في أفغانستان التابع للأمم المتحدة.
البريد الإلكتروني:
Antonio-Donini@BROWN.EDU

تم إعداد نسخة مطولة من هذه الورقة بالتشاور مع بيتر ووكر ولاري ماينير من مركز فينشتاين الدولي لشئون المجاعة، بجامعة توفتس، بوسطن بولاية ماساشوستيس. ووجه المركز المشاورات في خريف ٢٠٠٢ لبحث تداعيات أزمة العراق وغيرها من الأزمات الأخيرة بالنسبة لعمل الإنساني في المستقبل. والورقة الأطول والمواد المتعلقة بها موجودة تحت اسم مشروع العمل الإنساني والحرب على شبكة الإنترنت: http://hwproject.tufts.edu البريد الإلكتروني: H&W@tufts.edu

١ لا يعني هذا القول بأنه لم تكن هناك جيوب احتياج أو أنه كان من الخطأ التخطيط لتدهور محتمل في الموقف.

٢ من الناحية الفنية، وفقا للقانون الإنساني الدولي يتعين على الوكالات الإنسانية عدم «الدخول في خلافات». ولذلك، كان يتعين على وكالات المساعدات عدم معارضة الحرب. وربما الاقتصار على توضيح العواقب الإنسانية المحتملة التي قد تنتج عنها.

٣ أنظر لاري ماينير Lary Minear البرنامج الإنساني، المأزق والاكتشافات، دار نشر كوماريان، بلومفيلد، ولاية كونيكتيكوت، ٢٠٠٢. الفصل الإخير وجوانا ماكري Joanna Macrae وأديلي هامر Adele Hammer العمل الإنساني و«الحرب ضد الإرهاب»: مراجعة للقضايا تقرير HPG رقم ١٤، أودي لندن، يوليو ٢٠٠٢.
www.odi.org.uk/hpg/papers/hpgreport14.pdf

٤ أنظر: www.wethepeoples.org

٥ وفقا لاوكسفام (IRW، ١٦ سبتمبر ٢٠٠٣) كان نصف إجمالي المساعدات المقدمة من الجهات المانحة في عام ٢٠٠٢ تقريبا استجابة لنداءات الأمم المتحدة التي بلغت ٢٥ نداء من نصيب دولة واحدة فقط هي أفغانستان. ومن المحتمل أن يؤدى العراق إلى تغيير أنماط التمويل لمدى أكبر في ٢٠٠٣/٢٠٠٤.

٦ انظر:
www.unwire.org/UNWire/20031104/449_10084.asp

٧ هذا المبدأ الذي ينسب إلى مؤسسة حركة الصليب الأحمر: يقوم على أساس ضرورة أن تنظم المنظمات نفسها خارج مصالح الدول.

ما هو أصل الحكاية؟ تناول وسائل الإعلام البريطانية لموضوع اللجوء

بقلم: سارة بيوكانان وبيثان جريللو

حسب التقارير التي ترد في معظم وسائل الإعلام البريطانية، لاسيما صحف الإثارة، وإن كان ذلك ليس مقصورا عليها، فإننا نواجه أزمة لجوء. ويرجع ذلك إلى التزايد المستمر في أعداد طالبي اللجوء الذي يصلون إلى شواطئنا ويسيئون استخدام نظام الإعانات المطبق في البلاد، وينخرطون في نشاطات إجرامية أو إرهابية، ويشكلون بصفة عامة تهديدا لنمط الحياة البريطانية.

وفي هذا السياق، قامت «جمعية المادة (١٩) الخيرية» - نسبة إلى المادة (١٩) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والتي تحمل شعار (الحملة العالمية لحرية التعبير) - بالتعاون مع مشروع اللاجئين وطالبي اللجوء بكلية كارديف للصحافة[1] بإجراء بحث حول مضمون، وشكل، ومحتوى الرسائل التي تنقلها وسائل الإعلام عند تناولها لموضوع اللجوء وأثر الخرافات والصور النمطية التي تروج لها وسائل الإعلام على طالبي اللجوء واللاجئين.

وكشفت نتائج البحث النقاب عن درجة كبيرة من الخلط بين طالبي اللجوء واللاجئين وغيرهم من المهاجرين من ناحية وضعهم القانوني وأسباب وجودهم في بريطانيا. وقد ساهم عدد المقالات، والموضوعات التي تناولتها نشرات الأخبار والتقارير الإخبارية الخاصة، والمصادر المختارة، واللغة، والمجاز، والإحصائيات المعروضة، ساهم كل ذلك مجتمعا في تشويه حجم وطبيعة «مشكلة» اللجوء، وأدى إلى تضييق حدود النقاش الدائر بحيث يتم التركيز فقط على إساءة استخدام النظام بينما يوجد تجاهل كامل لحقوق الإنسان ورفاهية طالبي اللجوء واللاجئين المعرضين للخطر.

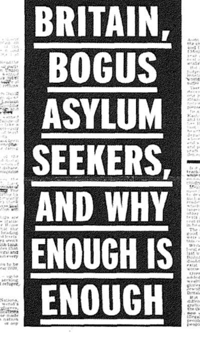
منهج البحث

من السمات الرئيسية للمنهج المتبع في هذا البحث، إشراك طالبي اللجوء واللاجئين بصورة مباشرة في إجراء هذا البحث وذلك بصفتهم باحثين وبإجراء مقابلات معهم. وقد تم توجيه أسئلة إلى اللاجئين المقيمين في بريطانيا منذ فترات متفاوتة، عن تجربتهم مع وسائل الإعلام البريطانية بوصفهم متابعين لها وفي نفس الوقت بوصفهم موضوعات للمقابلات التي تجريها وسائل الإعلام.

وقد رصدنا تغطية للجدل الدائر حول اللجوء في ست صحف قومية هي: (الجارديان، والديلي تلغراف، والديلي ميل، والصن، والديلي إكسبرس، والديلي ميرور) ونشرات أخبار تليفزيونية على قنوات هيئة الإذاعة البريطانية (بي بي سي)، والقناة ٤، وقناة آي تي في، وسكاي نيوز، والقناة ٥. وشملت المرحلة الأخيرة من البحث إجراء مقابلات مع صحفيين أو محررين متخصصين في الشئون الداخلية والسياسية في معظم الصحف القومية جنباً إلى جنب مع مسئولين صحفيين في منظمات رئيسية غير حكومية تعمل في قطاع اللاجئين.

وعلى مدار ثلاثة شهور (من أكتوبر إلى ديسمبر ٢٠٠٢) تبين لنا من خلال رصدنا لتغطية الصحف الست ما يلي:

- هناك ٥١ وصفا مختلفاً لطالبي اللجوء في بريطانيا، من بينها عبارات جوفاء وازدرائية مثل «لاجئ غير قانوني» و«لاجئ مخادع».
- هناك ضبابية ثابتة تكتنف التمييز بين طالبي اللجوء والمهاجرين لأسباب اقتصادية.
- هناك اعتماد كبير في مصادر الأخبار على المسئولين الحكوميين والسياسيين بالإضافة إلى منظمة مراقبة الهجرة في بريطانيا) Migration Watch UK وهي منظمة استشارية يمينية مناهضة للهجرة)[2].
- التقارير الإخبارية ومقالات الرأي.


BRITAIN, BOGUS ASYLUM SEEKERS, AND WHY ENOUGH IS ENOUGH

نشرت في الديلي ميل، ٢٩ نوفمبر/تشرين الثاني ٢٠٠٢

- هناك غياب كامل تقريبا لصور اللاجئات في وسائل الإعلام (بمعدل أربع صور من إجمالي اثنتين وثمانين صورة).
- تكرار الصور المبتذلة لطالبي اللجوء من الذكور التي يظهرون فيها ووجوههم مغطاة جزئياً «وهم يتسللون إلى بريطانيا».
- الاستشهاد المنتظم بإحصائيات لجوء مجهولة المصدر وعدم تفسير الإحصائيات الحكومية الرسمية في سياقاتها (لا سيما في صحف الديلي ميل، والديلي إكسبرس، وصحيفة الصن).

ولعل من أسوأ الاتجاهات التي كشف عنها البحث وأقلها توفيقا هو فشل وسائل الإعلام في استخدام المصطلحات الصحيحة التي تعكس التمييز القانوني بين اللاجئين والمهاجرين لأسباب اقتصادية. إذ استخدمت مصطلحات «مهاجر غير شرعي» و«طالب لجوء» و«لاجئ» و«مهاجر» كمترادفات. ولا يمكن لعاقل أن يصدق إجمالي عدد العبارات المضلِّلة التي يستخدمها الصحفيون والمحررون للإشارة إلى الأشخاص الذين يصلون إلى بريطانيا لطلب اللجوء.

ونتيجة للجدل الدائر حول عدد طالبي اللجوء، واللاجئين، والمهاجرين غير الشرعيين، والمهاجرين لأسباب اقتصادية، واللاجئين المحتملين الذين يصلون إلى بريطانيا كل سنة وكل شهر بل وكل دقيقة، أصبح هناك مقالان أسبوعيان حول هذا الموضوع في الفترة من بداية أكتوبر إلى نهاية ديسمبر ٢٠٠٢. وركزت معركة الرأي العام على هذا الموضوع، إذ دارت ثلث أعمدة الرأي عن تحليل وتفسير الإحصائيات والتكهنات الرسمية حول ما قد تظهره الأرقام المستقبلية. وبالإضافة إلى ذلك، تم الربط بين عدد كبير من الموضوعات الراهنة في بريطانيا - مثل حالة الخدمات العامة، وارتفاع معدلات الجريمة المنظمة، وتوزيع الأموال التي يتم جمعها من اليانصيب الوطني البريطاني (UK's National Lottery) وبين أحدث «أرقام مروعة» للجوء.

الصور

على الرغم من أن التغطية التلفزيونية تبدو، أقل عداءً لطالبي اللجوء واللاجئين من صحف الإثارة، فقد نقلت التغطية



التليفزيونية بشكل مفزع رسائل وصورا نمطية مشابهة عن اللاجئين. وقد عزز تكرار استخدام صور معينة – مثل تسكع بعض الرجال في «سنغاتي» أو في شوارع «دوفر»، والصورة الشهيرة لرجال يهرولون على جانب خطوط السكك الحديدية خارج «كاليه» – عزز تكرار استخدام هذه الصور من الفرضية القوية المتصلة بالغزو والتهديد التي تروج لها صحف الإثارة. وأظهرت الصور المنشورة في وسائل الإعلام المطبوعة بصورة رئيسية رجالاً من طالبي اللجوء وتم تعريف عدد قليل جدا من الرجال الذين تم التقاط صورهم بتعليقات توحي بنواياهم الشريرة وذلك بسبب امتناعهم عن ذكر أسمائهم.

وقد نُشر عدد قليل جدا من الصور للاجئين وطالبي اللجوء مع أسرهم أو في محيط مسكنهم أو عملهم اليومي. وقد ساهم التحريف الشديد في الصور التي تبين طالبي اللجوء المحررين الذي يصلون إلى شواطئ بريطانيا، والتي يصحبها عدد من التعليقات الساخرة عن الفنادق الفاخرة والبيتزا العملاقة التي يتم إيصالها إليهم عن طريق سيارات BMW، ساهم ذلك في توليد شعور بالغضب بين القراء نتيجة حصول هؤلاء اللاجئين على مزايا لم يكن المواطن البريطاني العادي الكادح ليستحق الحصول عليها قط. وقد زادت الرسوم الكاريكاتورية السياسية التي يفترض أن تكون «هزلية» والتي يتم نشرها في الصحافة من الإهانة الموجهة إلى طالبي اللجوء واللاجئين وعمّقت صورتهم النمطية.

أثر التغطية الإعلامية على طالبي اللجوء واللاجئين

تؤثر التغطية الإعلامية السلبية الضخمة لموضوع اللجوء بصورة مباشرة على طالبي اللجوء واللاجئين الذين يتولّد لديهم شعور بالغربة، والخزي، وفي بعض الأحيان بالتهديد. وتحدّث كثير ممن أجريت معهم مقابلات عن تعرضهم للتحيز أو الإساءة أو الاعتداء من الجيران ومقدمي الخدمات، وقد نسبوا ذلك إلى الأسلوب الذي تنتهجه وسائل الإعلام في تشكيل الرأي العام. كما أعرب بعض الذين أجريت معهم مقابلات عن فقدهم الثقة نتيجة تعرضهم للتغطية الإعلامية السلبية.

وقد وصف كثيرون شعور الظلم الذي شعروا بها تجاه وسائل الإعلام، الذي امتد إلى الشعب البريطاني الذي يعتقد أن اللاجئين وطالبي اللجوء جاءوا إلى بريطانيا فقط لهدف واحد فقط هو إساءة استخدام نظام الرعاية الاجتماعية والبحث عن فرص عمل. وقد علّق أحد اللذين أجريت معهم مقابلات قائلا: «إنك لن تسلم من الانتقاد في جميع الأحوال، فإذا عملت بوظيفة ما فسوف تُتهم بسرقة الوظائف. وإذا لم تعمل سوف ينظر إليك على أنك مستجدٍ». وقد شعر شخص آخر أجريت معه



«إنّه وزير الهجرة في بلدنا... وهو متوجه إلى بريطانيا!»

مقابلة أن وسائل الإعلام تتطرق إلى الضغوط اليومية التي يتعرض لها المواطن البريطاني العادي وتستخدمها كوسيلة لشن الهجمات على اللاجئين وطالبي اللجوء وتلقى عليهم باللائمة عن كل شيء ابتداء من قوائم انتظار الخدمات الصحية الوطنية إلى سرقة الرفقاء والرفيقات.

وتعتمد الأخبار والتقارير الإخبارية الخاصة التي تنشر عن اللجوء اعتمادا كبيرا على السياسيين، والإحصائيات الرسمية، وأقسام الشرطة باعتبارها مصادر للمعلومات والتفسيرات. ولا يتم الاستشهاد بطالبي اللجوء واللاجئين من الأفراد إلا عندما يكونون هم أنفسهم موضوعا لتقرير وقلّما يشتركون بشكل مباشر في النقاش الدائر حول السياسات. ولم تنشر أي استشهادات مباشرة للاجئين وطالبي اللجوء في المقالات التي تحدثت عن ثاني «أكثر قصة تم تناولها عن اللجوء» أثناء فترة رصد التغطية الإعلامية ألا وهي مشروع قانون الهجرة واللجوء. وبينما كان من المفهوم أن يدير المسئولون عن صياغة السياسات – أي السياسيون والمسئولون الحكوميون – هذا النقاش، فقد رأى البعض بشكل قابل للجدل أن لدى اللاجئين وطالبي اللجوء بعض الإسهامات التي يمكن أن يقدموها على اعتبار أنهم سيتأثرون بشكل مباشر بنتائج تلك السياسة. وفي الواقع، قد يكون لدى هؤلاء اللاجئين وطالبي اللجوء دراية جدية بالمضامين الأوسع لتلك السياسات في البلدان والأقاليم

والتجمعات التي قدموا منها. ومع ذلك، نجد أن هذا البعد من النقاش يكاد يكون غائبا تماما في التقارير المطبوعة التي تعاملت مع اللاجئين وطالبي اللجوء بشكل محض تقريبا بوصفهم مجرد عناصر سلبية في عملية وضع السياسات.

وعلى الرغم من التغطية الإعلامية السلبية، لا يكنُّ طالبو اللجوء واللاجئون أي عداء لوسائل الإعلام، بل إن كثيرين منهم يشعرون بأن من واجبهم أن يعلنوا للملأ انتهاكات حقوق الإنسان التي تحدث في بلدانهم ويسلطوا الضوء عليها، وأن يدحضوا الخرافات السائدة عن اللاجئين في بريطانيا. وعلى الرغم من إدراك طالبي اللجوء واللاجئين «للنوايا الخفية» وتعويلهم على الثقة التي رسختها منظمات اللاجئين لتسهيل الاتصال بوسائل الإعلام، فإنهم يصرون جميعا على عدم ذكر أسمائهم ويوافق عدد قليل جدا منهم على أن يتم تصويرهم فوتوغرافيا أو تلفزيونيا. وتشعر اللاجئات بالإحباط بشكل خاص بسبب قلة اهتمام وسائل الإعلام بالقضايا التي تؤثر عليهن؛ وتشعرن أن الافتراضات المضلّلة عن دورهن في مجتمعاتهن يمكن أن تشكل حاجزا بالنسبة للصحفيين الذين يودون أن يجروا مقابلات معهن. ويعتقد كل من الرجال والنساء أن وسائل الإعلام لا تعكس بصورة مناسبة تجربة اللاجئات في بريطانيا.

نشرت في الديلي ميل، نوفمبر/تشرين الثاني ٢٠٠٢

ويمتنع طالبو اللجوء واللاجئون عن تقديم شكاوى ضد التقارير غير الدقيقة أو المؤذية. فقد أعرب الأشخاص الذين أجريت معهم مقابلات عن مزيج من الشك حول ما إذا كانت آراؤهم ستقدم بصورة دقيقة ومن القلق بسبب ما سيترتب على تقديمهم الشكاوى.

الطريق إلى المستقبل

إذًا إلى أين نذهب من هنا؟ هل الهاجس الظاهر للإعلام المتصل بموضوع اللجوء قصة ستستمر إلى ما لا نهاية؟ طالما أنّ الصحف مستمرة في تحقيق مبيعات، من المرجح أن تكون الإجابة على هذا السؤال هي نعم مؤكدة. فعندما تعطي وسائل الإعلام أولوية لنصيبها من السوق على حساب واجبها في تحرى الدقة والموضوعية في إعلام الجماهير، ستتطلب الضرورة إحداث تغيير ثقافي جذري في صناعة الإعلام قبل أن يصبح النقاش الدائر حول اللجوء بنّاء بصورة فعلية. ومع ذلك، نحن مؤمنون تماماً بأن الوضع يمكن تحسينه.

ومنذ الحلقة الدراسية التي نظمتها «جمعية المادة (١٩)» في مايو ٢٠٠٢ للجمع بين وسائل الإعلام وقطاع اللاجئين، أصدرت لجنة شكاوى الصحافة مذكرة إرشادية تنبّه فيها محرري الصحف إلى المشاكل التي يمكن أن تنجم عن استخدام مصطلحات غير دقيقة أو مضلّلة أو محرّفة عند إعداد تقارير عن قضايا اللجوء

واللاجئين. وذكّرتهم أيضا المذكرة بأن الإشارات الازدرائية أو التي لا داعي لها إلى عرق شخص أو ديانته أو جنسيته ممنوعة بموجب البند (١٣) من قانون مزاولة المهنة.[٣] وبناء على دعوة من هيئة الإذاعة البريطانية، حضرت أيضا جمعية المادة (١٩) الخيرية اجتماعا لرؤساء التحرير عقد بمقر القناة في شهر يونيو لتتحدث مباشرة مع الصحفيين عن الموضوعات المتصلة بتقارير اللجوء. ومن أجل ترسيخ هذه الخطوة وما يتبعها من خطوات، أوصت جمعية المادة (١٩) بالآتي:

التصنيفات واللغة

- يجب أن يبادر **السياسيون والمسئولون** الحكوميون باستخدام المصطلحات الدقيقة عند تناول سياسة اللجوء والهجرة. ويجب أن تعكس التعليقات حقيقة أن ما يقَدّر بنسبة ٤٠ إلى ٥٠٪ من مقدمي طلبات اللجوء في بريطانيا سنويا لديهم أسباب شرعية للبقاء في المملكة المتحدة إما بصفتهم لاجئين وفقا لبنود المعاهدات أو بوصفهم أشخاصا يحتاجون إلى الحماية الإنسانية.

- ينبغي أن ينتبه **المراسلون والمحررون المساعدون** والمحررون إلى الاستخدام الصحيح للمصطلحات أثناء مناقشتهم لموضوع اللجوء والهجرة ،كما ينبغي عليهم أن يتحاشوا ابتكار تصنيفات جوفاء وأن يميزوا بين المهاجرين لأسباب اقتصادية وبين اللاجئين.

- ينبغي على **منظمات اللاجئين** أن تضع مسردا بالتعريفات القانونية الصحيحة مصحوبا بتفسيرات واضحة لمعانيها والسياق الذي يجب أن تستخدم فيه.

- ينبغي على **لجنة شكاوى الصحافة** أن تدعم بقوة المذكرة الإرشادية التي تم نشرها مؤخراً بشأن إعداد التقارير عن قضايا اللجوء واللاجئين، كي تضمن أن جميع المحررين مدركين تماماً لما تحمله هذه المذكرة من مقاصد ومعانٍ.

الأعداد والإحصائيات:

- ينبغي على **وسائل الإعلام** أن تهتم بالبحث عن مصادر جميع الإحصائيات وبشرح أصل الأعداد التي يتم الاستشهاد بها دون ذكر مصدر يمكن التحقق منه.

- ينبغي على **وسائل الإعلام** أن تضع التحقيقات الصحفية التي تدور حول أعداد اللاجئين وطالبي اللجوء في سياقها التاريخي وفي سياق الهجرة إلى البلدان الأخرى.

- ينبغي على **وزارة الشئون الداخلية**، بالتشاور مع منظمات اللاجئين، أن تراجع المنشورات والإحصائيات المقدمة عن اللجوء والهجرة. كما ينبغي عليها أيضا أن تسد الفجوة المعلوماتية التي تم تسليط الضوء عليها في هذا التقرير، وأن تدرس الطرق الممكنة لعرض الإحصائيات بشكل أوضح عن طريق تحليلات أكثر تفصيلا في السياق السليم.

تمثيل اللاجئين وطالبي اللجوء

- ينبغي أن تسعى **وسائل الإعلام** لإظهار طالبي اللجوء واللاجئين بصورة أقل نمطية، خاصة من خلال نشر صور أكثر للنساء والأطفال في تقاريرها.

- ينبغي على **منظمات اللاجئين** أن تبحث عن طرق جديدة تستطيع من خلالها أن تقدم لوسائل الإعلام صورا بديلة تمثل واقع اللاجئين وطالبي اللجوء بشكل أفضل.

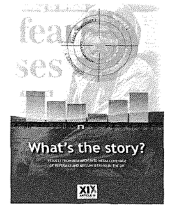
- ينبغي أن يُطلب من اللاجئين وطالبي اللجوء أن يدلوا بآرائهم في الموضوعات المتصلة بالسياسات وأن تتاح لهم الفرصة لتقديم إسهامات أكبر في النقاش الدائر. ويتطلب ذلك من **الصحفيين** أن يجدّوا في البحث عنهم بوصفهم مصادر للمعلومات في نطاق أوسع من الموضوعات، كما يتطلب ذلك من **منظمات اللاجئين** أن تكون مستعدة (بشكل أكبر) لتسهيل عملية التبادل بين وسائل الإعلام واللاجئين.

- ينبغي أن تتيح **وسائل الإعلام** فرصا لتقديم اللاجئين كأفراد جديرين بأن تُروى قصصهم فضلا عن كونهم مجرد أمثلة على «مشكلة» عامة.

- ينبغي على **منظمات اللاجئين** (الوطنية والقائمة لخدمة تجمعات معينة) أن تُوحد قواها كي تشن **حملة وطنية** لمواجهة الصورة شديدة السلبية لطالبي اللجوء واللاجئين في أذهان الجماهير والأخذ بزمام المبادرة في المناقشات العامة.

- ينبغي على **وسائل الإعلام** أن تأخذ في الاعتبار مزايا توظيف الصحفيين المنفيين، الذين يستطيعون أن يقدموا إضافة إلى خبرتهم المهنية كصحفيين، نظرة متعمقة في القضايا التي تتعلق بالبلدان والظروف التي فروا منها. ويتطلب هذا من وسائل الإعلام أن تبادر بخلق فرص للصحفيين اللاجئين وكذلك لوسائل الإعلام لاستخدام الشبكات والصلات القائمة مع اللاجئين التي يمكن أن يقدمها قطاع المنظمات غير الحكومية.[٤]

تعمل كل من سارة بيوكانان وبيثان جريللو في جمعية المادة 19. وهذا التقرير متاح على الموقع التالي: www.article19.org وللحصول على نسخة مطبوعة من هذا التقرير، الرجاء إرسال بريد إلكتروني إلى العنوان التالي: .sara@article19.org



BLAIR'S IMMIGRATION TIMEBOMB

نشرت في الديلي ميل، ٢٩ نوفمبر/تشرين الثاني ٢٠٠٢

١. انظر الموقع التالي:
www.cf.ac.uk/jomec/research/research_asylum.html.

٢. انظر الموقع التالي: .www.migrationwatchuk.org

٣. انظر الموقع التالي:
www.pcc.org.uk/reports/edit_detail.asp?id=20

٤. انظر على سبيل المثال، دليل الصحفيين المنفيين، الذي أعده مشروع برس وايز للاجئين وطالبي اللجوء ووسائل الإعلام Asylum Seekers and the Media Project the Press Wise Refugees, على الموقع التالي:
www.rmproject.org.uk/directory

المتطوعات في مجال الصحة في إيران والعراق

بقلم/إيما نيكولسون

أصبح «التمكين» و«بناء القدرات» عبارات طنانة في مجال المساعدات. ولم يكن دور المرأة في التمية أكثر أهمية في أي وقت من الأوقات من قبل. ومن ثم، يتعين التركيز بوجه خاص على البرامج التي تمكّن المرأة من أن تكون في مركز صنع القرار.

وتدير مؤسسة أمار «AMAR» الخيرية الدولية برنامج المتطوعات في مجال الصحة منذ عام ٢٠٠٠. ويقوم البرنامج على غرار برنامج مماثل بدأ في عام ١٩٩١ في جمهورية إيران الإسلامية. وقد حظي هذا البرنامج بمساندة وتشجيع المساعدة الفنية لمنظمة الصحة العالمية وصندوق رعاية الطفولة التابع للأمم المتحدة (اليونيسيف)، وأصبح البرنامج جزءا لا يتجزأ من خطة الرعاية الصحية الأولية في إيران. وساندت مؤسسة «أمار» وجمعت الأموال لتنفيذ برنامج مماثل في مخيمات اللاجئين العراقيين في إيران حيث تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية للذين طلبوا اللجوء هناك في عام ١٩٩١. كما نفذت مؤسسة «أمار» برنامج المتطوعات في مجال الصحة في إطار مساعدتها الطارئة للاجئين الأفغان في عام ٢٠٠٢ في المراكز الحضرية الإيرانية في «مشهد» و«رباط الكريم» (قرب طهران).

ويهدف البرنامج إلى زيادة الوعي بالصحة العامة بالنسبة لأولئك الذين يعيشون في فقر ولا يصلهم سوى قدر محدود من خدمات الرعاية الصحية في المناطق الريفية والحضرية على السواء. وفي سبعة مخيمات في جنوب إيران تضم أكثر من ٤٠,٠٠٠ شخص، تساند مؤسسة «أمار» ١٢٧ من المتطوعات في مجال الصحة. وفي «رباط الكريم» و«مشهد» تساعد ٣٩٠ من المتطوعات في مجال الصحة ١٧٣,٠٠٠ شخصا من سكانهما.

وفي العادة تُختار المتطوعات من بين عضوات المجتمع اللاتي تحظين باحترام كبير واللاتي تتحدثن اللغة المحلية. ويتعين أن يكون لديهن وقت فراغ كاف للتدريب ونشر الرسائل إلى مجتمعاتهن. ويتّعين أيضا أن يتمتعن بمستوى أساسي من التعليم مساو لاستكمال التعليم الأساسي. ويتم أساساً – ولكن ليس على سبيل الحصر – إلحاق المتطوعات من بين النساء المتزوجات. ولكن يُشترط موافقة الأزواج أو غيرهم من أفراد الأسرة.

وتُدرب المتطوعات في مجال الصحة على قضايا الرعاية الصحية الأولية من خلال ٢٠٠ وحدة تعليمية متاحة باللغتين الفارسية والعربية. وتنقل المتطوعات ما يتعلمونه إلى أفراد الأسر الأخرى وإلى المجتمع ككل. وتتم دورات التدريب على أساس شهري. على الرغم من أن المتطوعات تلتقين أيضا في الغالب أسبوعيا في مجموعات دعم. ويدرب البرنامج المتطوعات على الحفاظ على الصحة الأساسية والمتطلبات الصحية، مع التركيز بوجه خاص على صحة الأم والطفل، والتطعيم وتنظيم الأسرة والصحة الغذائية والصحة المهنية.



ويتم تمكين النساء من خلال مشاركتهن وزيادة قدرتهن على العمل كجسر بين خدمات الرعاية الصحية ومجتمعاتهن. وتسهم المشاركات، من خلال تقديمهن لتقارير عن حالات الوفيات والولادة والهجرة والأمراض الثانوية المنتشرة بين اللاجئين، بتقديم بيانات إحصائية للمراكز الصحية. وتقمن بتعبئة المواطنين العاديين للمشاركة مباشرة في مواجهة احتياجات صحية محددة. وتعطي المتطوعات كل منهن الأخرى مزيدا من الثقة للاعتماد على مهاراتهن وانجازاتهن. ويرتفع مستوى تعليمهن، المنخفض في الغالب بالنسبة للإناث بين أفراد الأسرة، أثناء اكتسابهن لمهارات مثل حل المشكلات وملاحظتها وتقديم تقارير عنها. وقد شجعت المشاركات بالفعل مبادرات جديدة. وهكذا فإن مجموعة واحدة في «مشهد» بدأت تمويلها الصغير للمتطوعات اللاتي يواجهن صعوبة مالية. وتعاونت مجموعات أخرى لإنتاج مشغولات يدوية. وفي «رباط الكريم» تدير مجموعات المتطوعات في مجال الصحة برنامجا للصحة في المدارس تعقد فيه المتطوعات دورات – لأولياء الأمور والمعلمين – حول موضوعات مثل البلوغ، والتغذية والصحة العقلية.

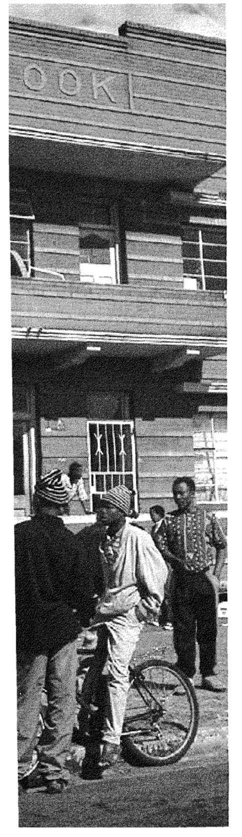
ويمكن بسهولة تكرار برامج المتطوعات في مجال الصحة مع اللاجئين العائدين في العراق وأفغانستان. وعندما يحين الوقت المناسب سوف تسهم هذه البرامج إلى حد كبير في بناء وتدعيم البنية التحتية المحلية الناشئة للرعاية الصحية. وتعمل مؤسسة «أمار» في العراق منذ نهاية حرب عام 2003 في مجال المساعدة على إنشاء مراكز للرعاية الصحية الأولية ومشروعات تعزيز الصحة العامة ومنع تفشي الأمراض وإعادة تأهيل المدارس. ومع توفر التمويل، ستقوم مؤسسة «أمار» أيضا بتكرار برنامج المتطوعات الصحيات في العراق حيث سيكون هناك طلب كبير على هذا النوع من البرامج. وهناك بالفعل مجموعة من المتطوعات اللاجئات المدرسات في إيران اللاتي تتلهفن للعودة للعراق وبدء مجموعات متطوعات صحيات في مجتمعاتهن المحلية.

البارونة إيما نيكولسون من ونتربورن، وهي عضو ديمقراطي ليبرالي بريطاني في البرلمان الأوروبي ورئيسة مؤسسة «أمار» الخيرية الدولية، وعنوانها في المملكة المتحدة وبياناتها كما يلي:
العنوان: 2 Vincent St., London SW1P 4 LD, UK
تليفون: ٤٤+ (٠) ٢٠ ٧٨٢٨ ٤٩٩١
البريد الإلكتروني:
enicholson@amar2.demon.co.uk
الموقع على الإنترنت:
www.amarappeal.com

اللاجئون في نيو جوهانسبرج

بقلم: لورين لاندو وكارين جاكبسون

تسعى جنوب أفريقيا، التي لم تعتاد على استضافة اللاجئين، جاهدةً لتكيف أوضاعها مع قدومهم إلى أراضيها.



يعيش معظم اللاجئين الأفارقة في المناطق الريفية والمخيمات، ولكن هناك عدد متزايد يتوجه نحو المدن. ومنذ تحول جنوب أفريقيا إلى حكم الأغلبية عام ١٩٩٤، أصبحت البلاد مقصد عشرات الآلاف من المهاجرين واللاجئين الوافدين من شتى أنحاء قارة أفريقيا، والذين غالباً ما يستقرون في المراكز الحضرية بالبلاد. ولم يؤدي وجودهم إلى تغيير الاحصائيات السكانية للبلد فحسب، وإنما كان له أيضاً تأثير ملحوظ على الاتجاهات العامة والخطاب السياسي. ورغم أن قانون اللاجئين لسنة ١٩٩٨ يبرهن على قوة وتزايد الالتزام بحماية اللاجئين وفقاً للمعايير الدولية[١]، فإنه مازال اللاجئون يتعرضون رغم ذلك للتمييز، وتحرش الشرطة، والعنف ضد الأجانب.

وفي عام ٢٠٠٢، أجرى برنامج دراسات الهجرة القسرية بجامعة ويتوترزراند في جوهانسبرج بالاشتراك مع برنامج اللاجئين والهجرة القسرية بجامعة توفتس (في بوسطن) دراسة حول موضوع تجارب اللاجئين في جوهانسبرج ومدى تأثيرهم على المدينة. وفي أوائل عام ٢٠٠٣، أجرى الباحثون دراسة ميدانية في سبع مناطق تقع في وسط مدينة جوهانسبرج والتي ترتفع فيها كثافة اللاجئين الوافدين من الدول الأفريقية الرئيسية «المصدرة» للاجئين؛ وهي تحديداً: بوروندي، وأنجولا، والصومال، وجمهورية الكنغو الديمقراطية (زائير سابقاً).[٢] كما أجرينا دراسة أيضاً للاجئين الأثيوبيين والأفراد الوافدين من جمهورية الكنغو (برازافيل)، وهما فئتان متواجدتان بأعداد كبيرة في مدينة جوهانسبرج. وقد أجاب على أسئلة الدراسة أفراد بلغ مجموعهم ٧٣٧ فرداً، كان منهم ٥٣٪ (٣٩٢ فرداً) من جنوب أفريقيا، و٤٧٪ (٣٤٥ فرداً) مهاجرين ولاجئين. ومن الفئة الثانية، كان هناك ١٤٪ من جمهورية الكنغو الديمقراطية، و١٢٪ من أنجولا، و٩٪ من أثيوبيا، و٨٪ من الصومال، و٢٪ من جمهورية الكنغو (برازافيل)، و١٪ من بوروندي.[٣] ورغم أنه ليس كل أولئك الذين أجريت عليهم الدراسة مؤهلين للحصول على وضع «اللاجئ»، فإن ٧٣٪ من العينة التي لا تنتمي إلى جنوب أفريقيا ذكر أفرادها أنهم إما لاجئون أو طالبو لجوء. وقد ارتفعت هذه النسب ارتفاعاً شديداً بين التجمعات الصومالية (٩٣٪) ونظيرتها الكنغولية (جمهورية الكنغو الديمقراطية) (٩٠٪). (ولسهولة الإحالة فيما يلي، سيشار إلى العينة التي لا تنتمي إلى جنوب أفريقيا بلفظ «المهاجرين» لأنها تضم اللاجئين – المهاجرين القسريين – وأولئك الذين أصبحوا مهاجرين لأسباب أخرى).

سمات العينة

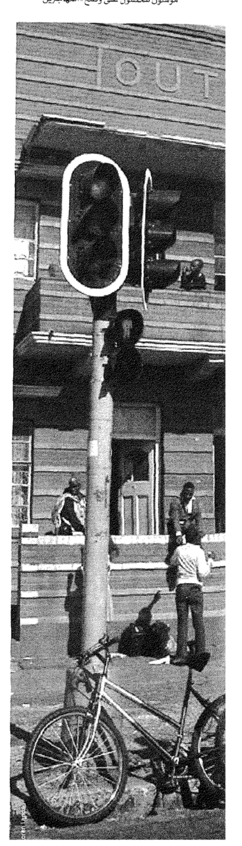
كان المهاجرون الذين تشملهم عينة الدراسة، والذين يعكسون اتجاهات التحضر السائدة في شتى أنحاء العالم، أصغر سناً بكثير من السكان المضيفين حيث بلغت نسبة من تزيد أعمارهم عن الأربعين ٥٪ فقط بالمقارنة بنسبة ٢٢٪ من مواطني جنوب أفريقيا. كما كان معظمهم أيضاً ذكوراً (٧١٪ في مقابل ٤٧٪ من مواطني جنوب أفريقيا)، وكانت نسبة من كان لديهم أطفال أقل بكثير: حيث ذكر ٦٤٪ من المهاجرين أنه ليس لديهم أطفال بالمقارنة بنسبة ٣٥٪ من مواطني جنوب أفريقيا.

ومن أبرز سمات أولئك الأفراد موضوع الدراسة أن معظمهم نشئوا في المدن. حيث ذكر أقل من ٨٠٪ تقريباً من جميع المهاجرين موضوع الدراسة أنهم كانوا يعيشون معظم حياتهم في المدن (٩٥٪ من الأثيوبيين) و١٧٪ آخرون قضوا معظم حياتهم في بلدات صغيرة. في حين ذكر أقل من ٤٪ أنهم نشئوا في المناطق الريفية. ورغم أن هذه الأرقام تتفاوت تفاوتاً كبيراً بين الفئات– حيث ذكر ٦٦٪ فقط من الأفراد الوافدين من جمهورية الكنغو الديمقراطية أنهم نشئوا في المدن بالمقارنة بنسبة ٩٥،٤٪ من الأثيوبيين – فإنها تدل على أنه من المتوقع أن يكون معظم المهاجرين مهيئين نسبياً للتغلب على تحديات حياة المدينة.

بالإضافة إلى ذلك، توضح الدراسة أنه، بالمقارنة بمواطني جنوب أفريقيا، كان المهاجرون أعلى من حيث المستويات التعليمية وأكثر كفاءة. حيث أكمل ٢٣٪ من المهاجرين تعليمهم العالي أو حصلوا على دراسات عليا، بالمقارنة بنسبة ١٤٪ من مواطني جنوب أفريقيا. وذكر ٤٧٪ آخرون أنهم تلقوا تدريباً أو تعليماً إضافياً. وهي نسبة أعلى بقليل من نسبة مواطني جنوب أفريقيا (٤٢٪) ولكنها مقاربة لها.[٤]

أنماط الفرار والوصول إلى بلاد اللجوء

تعتقد بعض المنظمات الدولية وحكومة جنوب أفريقيا أن معظم المهاجرين إلى جوهانسبرج مؤهلون للحصول على وضع «المهاجرين المقيمين إقامة غير نظامية»: أي الأفراد الذين يغادرون«لأسباب غير قسرية» بلد اللجوء الأول الذي لقوا فيه «حماية فعالة» عادة ما تكون في شكل مخيمات لاجئين.[5] كما يعتقد أيضاً العديد من المسئولين أن أولئك الذين يهاجرون إلى جنوب أفريقيا يعتبروا «متسوقي لجوء»: أي أفراد يبحثون عن أكثر مكان مريح أو ذات مزايا مادية لتقديم طلب اللجوء إليه.[6] ويعزز التحليل المبدئي الذي تم إجراؤه صحة هذا الرأي: حيث جاب معظم المهاجرين الذين تشملهم عينة الدراسة شتى أنحاء البلاد التي كان يمكنهم طلب لجوء إليها وذكر ٣٩٪ منهم أنهم أقاموا في بلد آخر لمدة تزيد عن أسبوع (١٣٪ من مهاجري أنجولا القريبة من جنوب أفريقيا في مقابل ٦٨٪ من مهاجري أثيوبيا التي تبعد كثيراً عنها). كما أن هناك أيضاً أدلة قوية تثبت أن جنوب أفريقيا لم تكن دائما هي المكان المقصود. حيث فكر نصف المهاجرين (٥٠٪)، عند مغادرة موطنهم الأصلي، في الذهاب إلى أماكن أخرى غير جنوب أفريقيا. ومن هذه النسبة، فكر ٦٢٪ في الذهاب إلى أمريكا الشمالية أو أوروبا وحوالي ١٠٪ في الذهاب إلى أماكن أخرى في أفريقيا في حين ذكر حوالي ١٢٪ أنه «لم يكن لديهم ترتيب محدد».



لاجئون في جوهانسبرغ

ورغم ذلك، لا تثبت التحليلات الأخرى التي تم إجراؤها صحة الرأي القائل بأن أولئك الذين أجريت عليهم الدراسة كانوا مهاجرين مقيمين إقامة غير نظامية أو متسوقي لجوء. إذ أنه للتأهل للحصول على وضع «المهاجر المقيم إقامة غير نظامية»، ينبغي أن يكون هؤلاء المهاجرين تقدموا بطلب لجوء إلى بلد آخر وحصلوا على حق اللجوء فيه. ومما يثبت أن هذا ليس هو الوضع أن ٦٪ فقط من أولئك الذين أجريت عليهم الدراسة أقاموا في مخيم لاجئين أو مستوطنة وأن أكثر من ٢٪ تقريباً ذكروا أنهم تلقوا مساعدات. علاوة على ذلك، فلو افترضنا أن هؤلاء الأفراد متسوقو لجوء، لكانوا قد انجذبوا حتماً إلى جنوب أفريقيا تحت إغراء الوعود بسهولة الحصول على وضع اللاجئ أو تقديم المساعدة. ولكنه، بالنظر إلى التأخيرات والصعوبات الأخرى المرتبطة بالحصول على وضع اللاجئ (انظر أدناه) والبيئة غير المواتية بوجه عام، فإنه ليس من المتوقع أن تنجذب إلى تلك البلد لهذه الأسباب سوى قلة قليلة. وإنما كانت الدوافع الرئيسية وراء اختيار جنوب أفريقيا هي العمل والتعليم (٣٥٪) والحريات السياسية أو الدينية أو العرقية (٣٥٪). وقد ذكر ١١٪ آخرون أن جنوب أفريقيا قد تتيح لهم فرصة إعادة التوطين أو تسمح لهم بالذهاب إلى بلد ثالث، ولكن أقل من ١٪ ذكروا أنهم يبحثون في البلد عن المساعدة.

التحرش والشرطة ووزارة الداخلية[7]

كثيراً ما ينتقد المدافعون عن حقوق اللاجئين والمهاجرين في جنوب أفريقيا جهاز الشرطة ووزارة الداخلية بسبب معاملتهم للاجئين. وتثبت البيانات أن تلك الشكاوى لها ما يبررها. فبالنسبة لتقريباً ثلث أولئك الأفراد الذين أجريت عليهم الدراسة، تستغرق عملية الحصول على القرار في قضية اللجوء من وزارة الداخلية ١٨ شهراً على الأقل وليس فترة الستة أشهر التي نص عليها القانون. وتوضح المناقشات التي أجريت مع اللاجئين أن القضايا التي ينظر فيها غالباً ما تستغرق ثلاثة أعوام أو أكثر يجب خلالها على اللاجئين بذل أقصى ما في وسعهم لمتابعة طلباتهم. وفي مقابلات المتابعة، ذكر العديد ممن أجابوا على الأسئلة أنهم كانوا يضطرون لدفع الرشاوي إلى موظفي وزارة الداخلية أو الحرس الأمني الخاص لمجرد دخول مركز استقبال اللاجئين بالمدينة. وخلال هذه الفترة، يضطر مقدمو طلبات اللجوء إلى أن يجوبوا البيئة الحضرية غير الآمنة في جوهانسبرج دون أن يكون لديهم ما يكفي من وثائق الهوية، ودون أن تتوافر لديهم سوى فرص عمل محدودة، هذا بالإضافة إلى حرمانهم تقريباً من الحق في الاستفادة من الخدمات الاجتماعية والمالية.

ومن المحتمل، إلى حد كبير، أن يقع المهاجرون ضحية الجريمة أو تحرش رجال الشرطة أكثر من مواطني جنوب أفريقيا. ورغم الإقامة في البلد منذ فترة محدودة، فإنه تقريباً ثلاثة أرباع (٧٢٪) المهاجرين موضوع الدراسة ذكروا أنهم أو شخص ما يعيشون معه وقع ضحية الجريمة، بالمقارنة بنسبة ٤٣٪ من مواطني جنوب أفريقيا (الذي قضوا معظم حياتهم في البلد). وبدلاً من المساعدة في حماية الأجانب، يبدو أن جهاز الشرطة يسهم في المشكلة. فقد رد ٧١٪ من المهاجرين بالإيجاب عندما سئلوا عما إذا كانت الشرطة اعترضت سبيلهم من قبل، بالمقارنة بنسبة أقل من ٣٠٪ من مواطني جنوب أفريقيا. وفي معظم الأحيان، يستوقف رجال الشرطة الأفراد لفحص وثائق الهجرة والهوية، ولكن المهاجرين القسريين ذكروا أن رجال الشرطة أخذوا أوراقهم وقطعوها. وفي مقابلات المتابعة، تحدث الكثيرون عن دفع الرشاوى لتجنب الاحتجاز واحتمال ترحيلهم إلى بلادهم. ورغم أنه من المتوقع أن يؤيد مواطنو جنوب أفريقيا تلك الأنشطة فإنه ليس هناك تقريباً ما يبرر استمرار تحرش الشرطة بهم. وتجدر الإشارة إلى أنه من بين السبعين في المائة من مواطني جنوب أفريقيا الذين يعتقدون أن معدلات الجريمة في المدينة ارتفعت، ذكر تقريباً ثلاثة أرباعهم أن المهاجرين من بين الأسباب الرئيسية وراء ذلك. وقد ذكرت نقطة شرطة هيلبرو التابعة لجهاز شرطة جنوب أفريقيا- التي تقع في المركز الجغرافي لتجمعات كبيرة من المهاجرين- أنه غالباً ما يكون الأجانب في جوهانسبرج ضحايا الجريمة وليسوا مرتكبيها.[8]

سبل كسب الرزق: المعوقات والإنجازات

بالنظر إلى القيود الرسمية والفعلية على فرص المهاجرين القسريين في السعي في طلب الرزق- بما في ذلك حظر العمل، وعدم وجود وثائق الهوية أو أوراق إثبات المؤهلات المهنية بالإضافة إلى أساليب التعيين القائمة على التمييز - فإنه من المذهل أن يذكر عدد متساوي تقريباً من مواطني جنوب أفريقيا (٤٢٪) والمهاجرين (٣٩٪) أنهم عاطلون. ورغم ذلك، فإنه بإلقاء نظرة فاحصة على بيانات التوظيف يتبين لنا الوضع الاقتصادي الضعيف الذي يعاني منه المهاجرون القسريون. وفي عينة الدراسة، ذكر ثلث (٣٢٪) مواطني جنوب أفريقيا أنهم يعملون طوال الوقت إما في القطاع الرسمي أو غير الرسمي، بالمقارنة بنسبة ٧٪ فقط من المهاجرين. وذكر أكثر من ربع المهاجرين العاملين (٢٨٪) أنهم يعملون لحساب أنفسهم بالمقارنة بنسبة ٦٪ من مواطني جنوب أفريقيا حيث تتحد التجارة الصغيرة والبيع بالتجول ليشكلان أهم مهنة يشتغل بها المهاجرون القسريون (٢١٪ في مقابل أقل من ١٪ من مواطني جنوب أفريقيا). وذكر ٨٪ أخرون أنهم يمتلكون شركات صغيرة، بالمقارنة بأكثر من ٥٪ تقريباً من مواطني جنوب أفريقيا. وليس من المحتمل أن يكون الدخل الذي تدره تلك الأنشطة محدوداً لا يمكن التنبؤ به فحسب وإنما أيضاً تعرض مزاولة التجارة في الشوارع المهاجرين القسريين للسرقة، والعنف، وتحرش الشرطة بهم. ومما يعرض أيضاً الوضع الاقتصادي للمهاجرين للخطر أنهم، رغم أنهم يعولون أسر عدد أفرادها أقل، غالباً ما يدفعون إيجاراً أعلى لسكنهم (حيث يدفع ٤٨٪ من المهاجرين أكثر من ٨٠٠ راند شهرياً - ١٢٥ دولار أمريكي تقريباً- بالمقارنة بنسبة ٣٠٪ من مواطني جنوب أفريقيا).

ومن أخطر المشكلات الاقتصادية التي تواجه اللاجئين عدم قدرتهم على الحصول على الخدمات المصرفية (سواء كانت إدخار أو ائتمان): حيث ذكر ٢٤٪ من المهاجرين أن لهم حسابات مصرفية في البنوك في جوهانسبرج بالمقارنة بنسبة ٧١٪ من مواطني جنوب أفريقيا. ويترتب على عدم القدرة على الحصول على الخدمات المالية الرسمية عدم وجود مكان مأمون لدى أصحاب المشروعات لإيداع أموالهم فيه، مما يجعلهم بالتالي أهدافاً معروفة للسطو والسرقة. ويعتبر عدم توفير الائتمان من المعوقات الرئيسية للأنشطة الاقتصادية التي يقوم بها المهاجرون، مما يترتب عليه الحد من المساهمة التي يمكن أن يقدمونها إلى جوهانسبرج في حالة السماح لهم بالقيام بالمبادرات المتعلقة بإنشاء المشروعات.

ورغم المخاوف السائدة بين عدد كبير من مواطني جنوب أفريقيا من أن يأخذ المهاجرون الوظائف المتاحة لأبناء البلد، فإن هناك أسباب وجيهة للاعتقاد بأنه يمكن أن يقدم المهاجرون مساهمة أكبر بكثير في اقتصاد المدينة. وإجمالاً، ذكر أكثر من ١٥٪ من كل المهاجرين موضوع الدراسة (٢٨٪ من المهاجرين الأثيوبيين و٢٦٪ من المهاجرين الصوماليين) أنهم يمتلكون شركات في موطنهم الأصلي وربما يتوافر لديهم المهارات وروح التنافس اللازمة لإنشاء شركات أيضاً في جنوب أفريقيا. وذكر ٩٪ آخرون أنهم كانوا يعملون في وظائف متخصصة (على سبيل المثال، طبيب أو محامي أو محاسب) قبل المجئ إلى جوهانسبرج. ويمكن أن يساعد وجودهم في سد الفجوة الكبيرة في المهارات داخل المدن. وبالفعل، فإنه رغم القيود المفروضة على المهاجرين القسريين، فإنهم يساعدون بالفعل في خلق فرص عمل. فرغم أن ٢٠٪ فقط من مواطني جنوب أفريقيا ذكروا أنهم يدفعون لشخص ما أجراً في مقابل أداء عمل لهم، فإن ٣٤٪ من المهاجرين القسريين موضوع الدراسة كانوا يفعلون ذلك أيضاً. والأهم من ذلك كله أن أكثر من ثلثي أولئك الأفراد الذين استخدمهم المهاجرون (٦٧٪) كانوا من مواطني جنوب أفريقيا.

السياسات المقترح اتباعها

يمكن أن تحقق جنوب أفريقيا مكاسباً كبيرة من تجمعات المهاجرين الذين تشملهم العينة، ولكن لن ينتفع مواطنو جنوب أفريقيا من مواردهم إلا إذا رحب القادة والمجتمعات العمرانية في البلاد بهؤلاء المهاجرين. وتتمثل السياسات المقترح اتباعها فيما يلي:

- يجب على الأجهزة المختصة بالخدمات الاجتماعية والشركات في المدينة تنفيذ القوانين السارية في جنوب أفريقيا، بما في ذلك الحكم القانوني الذي أدرج مؤخراً والذي يمنح لطالبي اللجوء حق العمل والدراسة.
- يجب استئصال كافة جوانب القصور والفساد من وزارة الداخلية: حيث يحتاج اللاجئون وطالبو اللجوء لوثائق مستوفاة وملائمة.
- يجب تحسين إمكانية حصول المهاجرين على خدمات الرعاية الصحية الوقائية وفرص التعليم.
- يجب أيضاً تسهيل إمكانية حصول المهاجرين على خدمات فتح الحسابات المصرفية والائتمان بحيث يمكن للمواطنين واللاجئين على حد سواء استغلال مهاراتهم الخاصة بإنشاء المشروعات بما يعود بالخير على الجميع.
- ينبغي حث جهاز الشرطة والأجهزة الأخرى القائمة على تنفيذ القوانين على معاملة اللاجئين وطالبي اللجوء بنفس الاحترام الواجب لجميع المقيمين في جنوب أفريقيا.

الخاتمة

يعتبر هذا البحث من المحاولات الرسمية الأولى لدراسة لاجئي المدن في أفريقيا وقد واجه مشكلات عديدة. ورغم أن البحث غير وافي، فإنه سيتيح لنا إمكانية التعرف على الاتجاهات والأنماط السائدة في مختلف المدن ومقارنتها في البحوث المقبلة: ويمتد المشروع البحثي حالياً ليشمل مدينة مابوتو (عاصمة موزمبيق) ودار السلام (عاصمة تنزانيا). وبمرور الوقت، سوف يكشف تكرار الدراسة الميدانية عن تغير تجربة اللاجئين في المدن الأفريقية. كما أن التوصل إلى بيانات بشأن مجموعة كبيرة من المتغيرات الاجتماعية -الاقتصادية وكذلك السياسية سوف يوفر أيضاً الفرص للباحثين الآخرين لإجراء دراساتهم في إطار مشروع بحث مقارن أكبر. وربما الأهم من ذلك كله أن البيانات التجريبية التي تم استخلاصها من هذا البحث يمكن الاستفادة منها في الرد على الاتهامات الباطلة والخطاب الذي يستهدف اللاجئين، مما يساعد في نهاية الأمر في دعم بيئة من السياسات الأكثر إيجابية.

يعمل لورين لاندو باحث منسق في برنامج دراسات الهجرة القسرية بجامعة ويتوترزراند
www.wits.ac.za/fmsp
بريد إلكتروني:
LandauL@gsh.wits.ac.za

تعمل كارين جاكبسون مديرة برنامج اللاجئين والهجرة القسرية بجامعة توفس، بوسطن، ولاية ماساشوسيتس
http://famine.tufts.edu/work/refugees.html
بريد إلكتروني:
karen.jacobsen@tufts.edu

للمزيد من المعلومات المتعلقة بهذا المشروع البحثي والارتباطات بالمواقع الأخرى ذات الصلة، رجاء زيارة الموقع التالي: www.wits.ac.za/fmsp/ujp

١ رجاء زيارة الموقع التالي: /www.sahrc.org.za regulations_to_the_south_ african_refugees act.PDF
٢ رجاء الرجوع إلى الكتاب الإحصائي السنوي للمفوضية العليا لشئون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة (٢٠٠١: ٢٠).
٣ للمزيد من المعلومات عن استراتيجية اختيار العينات والتحديات اللوجستية في مشروع البحث، رجاء الرجوع إلى مقال «الواجب المزدوج في بحوث اللاجئين: بعض الاعتبارات المنهجية والأخلاقية في بحوث العلوم الاجتماعية المتعلقة بالهجرة القسرية» بقلم كارين جاكبسون ولورين لاندو. مجلة ديزاستارز. المجلد رقم (٢٧)، العدد الثالث: ص ١٨٥-٢٠٦، ٢٠٠٣.
٤ ندرك أن هذه مزاعم ذاتية ربما تكون حافلة بالمبالغات في مستويات التعليم، ولكن هذا التحيز من المحتمل أيضاً أن يبديه مواطنو جنوب أفريقيا.
٥ أنظر كتاب «حلول دائمة لمشكلة اللاجئين: استراتيجية اقليمية لدول إقليم جنوب أفريقيا مقترحة من المفوضية العليا لشئون اللاجئين» بقلم برونو جيدو على الموقع التالي: www.1hr.org.za/refugee /publics/ perspect/geddo.htm
٦ في جلسة خاصة عقدتها مبادرة حوار الهجرة لدول إقليم جنوب أفريقيا (ميدسا) والتي ركزت على موضوع الهجرة القسرية، تحدث ممثلو حكومات الدول من شتى أنحاء المنطقة على نحو واف عن «ممارسات تسوق اللجوء السائدة على نطاق واسع» (لوساكا، زامبيا، ٢٧-٢٩ أكتوبر ٢٠٠٢).
٧ الجهاز المختص بالهجرة واللاجئين.
٨ استشهد رئيس الشرطة/ لو بدراسة تم الانتهاء منها مؤخراً حول إحصائيات الشرطة خلال مقابلته مع لورين لاندو في نقطة شرطة ميلبرو بجوهانسبرج في ١٨ يوليو ٢٠٠٣.



تراجع عمليات وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين والجمعية الدولية للصليب الأحمر في الأراضي الفلسطينية المحتلة

حذرت وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (UNRWA) من أن عدم استجابة الجهات المانحة لنداءاتها الطارئة يجبرها على تقليل الجهود التي تبذلها لتخفيف الآلام الناجمة عن ممارسة العنف ضد اللاجئين الفلسطينيين في الضفة الغربية وقطاع غزة. وتجدر الإشارة إلى أنه في حين تجاوزت استجابة الجهات المانحة للنداءات الطارئة التي وجهتها الوكالة في بداية الانتفاضة الحالية نسبة ١٠٠٪، إنخفضت الآن استجابة الوكالة للنداءات الطارئة إلى ٤٠٪ فقط نتيجة للإرهاق الذي تعاني منه الجهات المانحة.

ومنذ أكتوبر عام ٢٠٠٠، تم تشريد ما يقرب من ١٤٠٠٠ لاجئ فلسطيني مسجلين لدى الوكالة في الضفة الغربية وقطاع غزة من جراء تدمير المنازل على أيدي الجيش الإسرائيلي. ونتيجة لذلك، أصبح على الوكالة تسديد فاتورة بمبلغ ٣٠,٥ مليون دولار أمريكي تمثل تكاليف الجهود التي بذلتها لإعادة التسكين في قطاع غزة فقط. ولم تستطع الوكالة أن تقدم منازل بديلة سوى لعدد ٢٢٨ أسرة في غزة، ولم يكن أمام الباقين سوى الخيام والبطاطين. وفضلا عن ذلك، تأخرت أعمال إعادة البناء في مخيم جنين، الذي دمرته القوات الإسرائيلية في أبريل عام ٢٠٠٠، عن الموعد الذي كان مقررا لها.

وبسبب التمويل غير الكافي، اضطرت الوكالة لأن تقلل بمقدار الربع عدد العاملين في الوظائف المؤقتة في الضفة الغربية. وفي قطاع غزة، كان على الوكالة أن تستمر في الصرف على عملية البناء ومشروعات الصيانة التي قد تخلق فرص عمل وتدريب للعاملين الفلسطينيين.

وتعتمد حوالي ٢٣٠,٠٠٠ أسرة على الحصص الغذائية التي تقدمها الوكالة. ونتيجة لنقص التمويل والقيود التي تفرضها إسرائيل على عمليات التوزيع اضطرت الوكالة لتقليل أطنان الطعام المسلمة في الربع الأخير من عام ٢٠٠٣ بنسبة ١٧٪. ورغم أن معدل سوء التغذية بلغت نسبته ٢٥٪ في غزة، ونفس النسبة تقريبا في الضفة الغربية، اضطرت الوكالة إلى خفض توزيع حصص الطعام إلى نصف الكمية التي كانت مستهدفة في عام ٢٠٠٢. وبعد أن كانت تقدم ٦٠٪ من الاحتياجات الغذائية اليومية لكل فرد من أفراد الأسرة، خفضت هذه النسبة إلى ٤٠٪ فقط.

وفي نوفمبر، أعلنت الجمعية الدولية للصليب الأحمر انتهاء توزيع مواد الإغاثة التي تقدم لحوالي ٣٠٠,٠٠٠ شخص في الضفة الغربية. وفي معرض الإشارة إلى أن «المعونات الإنسانية لا يمكن أن تكون حلا عمليا للأزمة في الضفة الغربية»، ذكّرت الجمعية الدولية للصليب الأحمر إسرائيل بمسئوليتها الأساسية، بموجب اتفاقية جنيف الرابعة، عن أن تكفل لجميع السكان في الأراضي التي تحتلها الحصول على ما يكفيهم من المآكل والمشرب والخدمات الصحية والتعليمية. وسوف تكثف الجمعية جهودها لمتابعة الآثار الإنسانية التي تخلفها عمليات فرض حظر التجول، وفرض القيود على التنقل وتصعيد مصادرة الأراضي والممتلكات التي يمر بها الجدار الفاصل.

ويمكن الاطلاع على التقرير السنوي للوكالة على الإنترنت على الموقع التالي: www.un.org/unrwa/news/releases/pr2003/ga-30october03.pdf

وبالنسبة للمعلومات الخاصة بكيفية التبرع إلى الوكالة يمكن الاطلاع على الموقع التالي:
www.un.org/unrwa/emergency/donation/index.htm
إن التبرع بمبلغ ٣٠ دولار أمريكي كفيل بتوفير حصة طعام تكفي لمدة شهر لأسرة مكونة من ثمانية أفراد.

ويمكن الاطلاع على البيان الصحفي للجمعية الدولية للصليب الأحمر، الذي يعلن انتهاء عمليات المعونات الإنسانية المقدمة على نطاق كبير، على الموقع التالي:
www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/html/5TGCYH?OpenDocument

أزمة الترحيل من المغرب إلى نيجيريا

بقلم د. يحيى يحياوي

يرتبط تاريخ ساحل المغرب المطل على البحر المتوسط بشكل وثيق بتاريخ الهجرة سواء كانت الهجرة لأسباب اقتصادية أو للهروب من مناطق الصراعات.

ويبدأ الطريق الحالي، الذي يسلكه أولئك الذين يفكرون في الهجرة من جنوب الصحراء الإفريقية إلى أوروبا، من مدينة «أوجدا» الواقعة في أقصى الشمال الشرقي في المغرب على الحدود الجزائرية. وقد جذبت هذه الظاهرة مزيدا من الاهتمام في الشهور الأخيرة بسبب الوسائل التي استخدمتها السلطات المغربية من احتجاز وترحيل لأعداد كبيرة من المهاجرين. وبفضل المساندة غير المعلنة من السلطات الأسبانية، وبدون أدنى شك تحت ضغط من تلك السلطات، تم ترحيل المهاجرين الذين تم احتجازهم، عن طريق طائرات استأجرتها السلطات الأسبانية، من مطار «أنجاد» بمدينة «أوجدا» إلى وجهة واحدة فقط، هي «نيجيريا». وقد تم ذلك دون اتخاذ أية إجراءات إدارية وبدون الأخذ في الاعتبار الموطن الأصلي لطالبي اللجوء من المهاجرين. وكان نتيجة ذلك حدوث أزمة كبيرة.

وبدون شك، فإن هؤلاء المئات، الذين فكروا في الهجرة وهم يحلمون بحياة أكثر أمنا في أوروبا، كانوا يعتقدون أن الأمر لا يعدو أن يكون مجرد المرور عبر الأراضي المغربية. ولكن منذ أن أغلقت أوربا حدودها، تدفقت أعداد كبيرة من المهاجرين من الجنوب إلى المغرب ونتيجة لذلك اضطرت المغرب نفسها أن تعمل كمصفاة لحركات الهجرة: وأصبحت تقوم من تلقاء نفسها باحتجاز أغلب هؤلاء الذين يدخلون البلاد. وإذا أضفنا إلى ذلك، الضغوط السياسية والابتزاز الاقتصادي الذي تمارسه أوروبا على أسبانيا للحد من التنقلات السكانية والسيطرة عليها، سوف ندرك أن الوضع غاية في التعقيد ويتسم بانتهاك جسيم للحقوق الإنسانية للأفراد.

د. يحيى يحياوي مدرس بجامعة «أوجدا» بالمغرب.

طبقا لتقرير نشر بصحيفة الجارديان في أكتوبر عام ٢٠٠٣، يحاول كل عام الآلاف الأشخاص أن يعبروا مضيق جبل طارق الذي يبلغ عرضه ٣٠ ميلا والذي يفصل أسبانيا عن أفريقيا. بينما يقطع الآلاف رحلة طويلة نحو الغرب من المغرب إلى جزر الكناري. وتقول إحدى المجموعات المهاجرة المغربية أنه في عام ٢٠٠٢ توفى ٤٠٠٠ شخصا أو اختفوا أثناء محاولة عبور مضيق جبل طارق. وفي عام ٢٠٠٢، قامت أسبانيا بترحيل ٧٤٤٦٧ مهاجرا، من بينهم ٢٢٣٨١ مغربيا، بزيادة قدرها ٥٨٪ عن عام ٢٠٠١.

انظر: www.guardian.co.uk/spain/article/0.2763.1063682.00html

ولمزيد من المعلومات عن معاملة أسبانيا للمهاجرين وطالبي اللجوء من دولة المغرب ومن غيرها من الدول الأفريقية يمكن الاطلاع على تقارير مراقبة حقوق الإنسان على الموقع التالي:
www.hrw.org/doc?t=Europe&c=spain



حالة «الثقافة التنظيمية» لمفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين

بقلم: جيف كريسب

على مدار العشرين سنة الماضية، تم نشر أدبيات كثيرة جدا حول سياسات مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين وبرامجها وأنشطتها. وقد غلبت النزعة الانتقادية على كثير من هذه الأدبيات. وأثناء تلك الفترة، لقي مفهوم «الثقافة التنظيمية» قبولا كبيرا بين علماء الاجتماع وعلماء علم الإنسان باعتباره وسيلة لفهم نظم الإنسان والطريقة التي يتصرف بها. ولكن مما يثير الفضول أنه لم يسعَ سوى عدد قليل جدا من المحللين لضم هذه المجالات الدراسية في إطار واحد من أجل وضع منظور للثقافة التنظيمية لعمل وكالة الأمم المتحدة المعنية بشؤون اللاجئين.[1]

وفي محاولة لتناول هذه القضية المهملة، بدأ قسم تنمية العاملين بالمفوضية، بدعم من وحدة التقييم وتحليل السياسات، بدأ العمل في مشروع بحث جديد تحت عنوان «حالة الثقافة التنظيمية لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين». ويسعى المشروع الذي ترأسه بارب ويجلي Barb Wigley، وهي مستشارة متمرسة في الإدارة وطبيبة تدرس حاليا للحصول على درجة الدكتوراة من جامعة ملبورن، إلى تحديد كيفية تأثير ثقافة المفوضية على أنشطة المنظمة وأدائها، وقدرتها على إحداث التغيير.

ومن المأمول أن تمكن هذه الدراسة المنظمة من تقديم دعم أفضل للعاملين بها، وتعزيز برامج التدريب المقدمة لكبار المديرين والمديرين المتوسطين، وبشكل أعم، من تقوية قدرة المفوضية على التعلم الفردي والتنظيمي. ويرجع هذا، حسب رأي أحد الباحثين، إلى «أن المفوضية تتسم بثقافة تنظيمية تجعل التعلم من الأخطاء السابقة أمرا صعبا للغاية. ومن ثم، تتكرر بعض الأخطاء ذاتها من عملية إلى أخرى.»[2]

واعتمادا على الأدبيات التي كُتبت في هذا المجال، تُعرِّف الدراسة الثقافة التنظيمية على أنها مجموعة الافتراضات والقيم والعادات والخرافات التي توجه مدركات وسلوكيات العاملين بالمفوضية والتي تُنقل إلى العاملين الجدد في هذه المجموعة بالوسائل الرسمية أو غير الرسمية.

وتدرك الدراسة أن العديد من هذه الافتراضات والقيم متضمن اجتماعيا داخل المفوضية ولكنها لم يتم إيضاحها قط بشكل رسمي. وسيأخذ المشروع أيضا في اعتباره حقيقة أن المنظمات الدولية الكبرى مثل المفوضية تتسم بفرط «الثقافات متناهية الصغر»، التي تظهر في شكل شبكات اجتماعية متداخلة ترتكن إلى جنسية العاملين، وأصلهم الإقليمي، ووظيفتهم، ونوعهم الاجتماعي، ودرجتهم الوظيفية، وتاريخهم المهني.

وسوف يتم استخدام مجموعة متنوعة من الوسائل لإجراء هذا التحليل، منها ملاحظات المشاركين، والمقابلات الثنائية مع عينة نموذجية من العاملين بالمراكز الرئيسية والعاملين الميدانيين. وتحليل البيانات التي يتم جمعها من المشاركين في برامج التعلم الإداري التابعة للمفوضية. ومن المخطط أن يتم إجراء زيارات ميدانية إلى شرق وغرب إفريقيا، ومنطقة البلقان، وجنوب شرق آسيا. وسوف يتم إعداد تقرير حول هذا المشروع لنشره على الجمهور في النصف الثاني من عام ٢٠٠٤ على الأرجح.

ويرى المتخصصون في هذا المجال أن ثقافة أية منظمة لها غرضان مهمان هما: إحداث تكامل بين العاملين الأفراد، وتكييف المؤسسة مع بيئتها الخارجية.

وللبحث في الغرض الثاني، يتبين بوضوح أن هذه الدراسة الجديدة حول المفوضية ستحتاج إلى الحصول على آراء ومدركات المنتفعين الآخرين، بمن فيهم المشتركون في مجلة نظرة على الهجرة القسرية Forced Migration Review وعليه، ندعو القراء المهتمين بالأمر للاتصال بالسيدة ويجلي فيما يخص بحثها. ويمكن الاتصال بها على عنوان البريد الإلكتروني التالي: bwigley@bigpond.net.au

١ وللاطلاع على استثناء لهذه القاعدة، انظر مقالة مارك والكب Mark Walkup تحت عنوان «الاختلال الوظيفي للسياسات في المنظمات الإنسانية: دور استراتيجيات حل المشاكل والمؤسسات والثقافة التنظيمية»، 'organizational culture the role of coping strategies, institutions and Policy dysfunction in humanitarian organizations:'. جريدة دراسات اللاجئين Journal of Refugee Studies. المجلد العاشر، العدد الأول، ١٩٩٧.

٢ جيل لوشر Gil Loescher، «مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين والسياسات العالمية: «طريق محفوف بالمخاطر» The UNHCR and World Politics: A Perilous Path، دار جامعة أكسفورد للطباعة والنشر، ٢٠٠١، صفحة ١٩.

أوراق عمل جديدة

يسر المفوضية أن تعلن عن صدور المطبوعات من رقم ٩٣ إلى ١٠٠ ضمن سلسلة أوراق العمل التي تحمل عنوان قضايا جديدة في بحوث اللاجئين New Issues in Refugee Research ويمكن الاطلاع على هذه الأوراق من خلال موقع المفوضية www.unhcr.ch تحت العنوان «مطبوعات» "Publications"، كما يمكن طلب نسخة مطبوعة منها من خلال عنوان البريد الإلكتروني التالي: .bwigley@bigpond.net.au

مطبوع رقم ١٠٠: نموذج جديد للجوء؟ العولمة، والهجرة، والمستقبل الغامض لنظام اللجوء الدولي، بقلم/ جيف كريسب.

مطبوع رقم ٩٩: من «جوازات السفر الحمائية» إلى إجراءات الدخول المحمية؟ تراث راؤول وولنبرج في النقاش الحديث حول اللجوء، بقلم/ جريجور نول.

مطبوع رقم ٩٨: قضية «الثقة» أو «عدم الثقة» في بحوث اللاجئين: اختيارات، وتحذيرات، واعتبارات للباحثين، بقلم/ تريشيا هاينز.

مطبوع رقم ٩٧: اللاجئون البوسنيون في أستراليا: الهوية، والمجتمع، وتكامل سوق العمل، بقلم/ فال كوليك – بيسكر.

مطبوع رقم ٩٦: حبة دواء مُرة للابتلاع: العوائق التي تواجه الأطباء اللاجئين والموجودين في الخارج ببريطانيا، بقلم/ إيما ستيورت.

مطبوع رقم ٩٥: المهاجرون القسريون كأصول غير موظفة توظيفا أمثل: مهارات اللاجئين، وأرزاقهم، وإنجازاتهم في كامبالا بأوغندا، بقلم/ ميشيلا ماكيفيلو.

مطبوع رقم ٩٤: اللاجئون، والمعاد توطينهم قسرا، و«غيرهم من المهاجرين قسرًا»: نحو دراسة متكاملة حول الهجرة القسرية، بقلم/ ديفيد تورتون.

مطبوع رقم ٩٣: التكامل المحلي كحل لفترة طويلة: اللاجئون، والسكان المضيفون، والتعليم في أوغندا، بقلم/ سارة دريدن بيترسون ولوسي هوفيل.



www.rsc.ox.ac.uk

Refugee Studies Centre,
Queen Elizabeth House,
21 St Giles, Oxford OX1 3LA, UK.
Tel: +44 (0)1865 270722.
Fax: +44 (0)1865 270721.
Email: rsc@qeh.ox.ac.uk

استمرار الأحكام العرفية في إقليم أتشيه

بقلم: ايفا- لوتا هيدمان

في ٦ نوفمبر ٢٠٠٣ أعلنت الحكومة الإندونيسية أن حالة الطوارئ والهجوم على إقليم أتشيه سوف تستمر لستة أشهر أخرى. وفي نفس الوقت، منعت وسائل الإعلام العالمية والمنظمات الإنسانية من دخول الإقليم، بينما يتعرض نظراء هذه الأجهزة والمنظمات الإندونيسية للتخويف، والتحرّش. وسوف يؤدي استمرار الأحكام العرفية في إقليم أتشيه، هو الأمر الذي نادراً ما يندهش له كثير من المراقبين، إلى إعاقة أي عمليات تقييم خارجية لمدى الحاجة للحماية والمساعدات، وما يستتبع ذلك من مبادرات لتوزيع المساعدات.

ولقد جعلت القوات المسلحة الإندونيسية (TNI) من إدارة معسكرات النازحين في الداخل وتوزيع المساعدات للنازحين في الداخل. جانباً مهماً من حملتها العسكرية التي اتسمت بفرض طوق من العزلة على الصحفيين في أماكن الأحداث. ومع ذلك، من الضروري فهم تلك المجهودات في سياق أوسع للحملة التي يقودها الجيش الإندونيسي على الإقليم. وما ينجم عنها من النزوح القسري للقرويين، والمشاركة الجبرية لجموع الجماهير في أداء قسم الولاء وعقد التجمعات الحاشدة. وكذلك الفحص الأمني الخاص لموظفي الخدمة المدنية وغيرهم ممن يرغبون في الحصول على بطاقات هوية وطنية جديدة. ووسط الأجواء التي تخيّم على إقليم أتشيه، تشير هذه الحملات إلى أن النزوح القسري يمكن فهمه على أفضل تقدير على أنه استراتيجية للحرب ينفذها الجيش الإندونيسي عن عمد.

وتتجاوز مشاكل النزوح القسري بسبب النزاع في إقليم أتشيه مجرد الأرقام التي تعبر عنها، والتي اتسمت عادة بالتأرجح، وانخفضت في الشهور الأخيرة إلى ٩٠٠٠ نازح في الداخل موجودين داخل معسكرات معينة. وبالرغم من ذلك، لا تعكس هذه الأرقام بالضرورة ما قيل عن تنقلات السكان داخل وخارج القرى والمدن بسبب النزاع. وفي داخل معسكرات اللاجئين يصعب معرفة نوع المساعدات الطبية المتاحة لأسباب ليس أقلها القبضة الحديدية التي تفرضها الحكومة الإندونيسية على المساعدات الإنسانية للنازحين في أتشيه (تبلغ ميزانية المساعدات الإنسانية لإقليم أتشيه حوالي ٤٥ مليون دولار أمريكي بالمقارنة بالميزانية المخصصة للعمليات العسكرية والتي تقدر بـ ٢٠٠ مليون دولار أمريكي).

وفي مناطق أخرى في إندونيسيا، وجد مواطنو إقليم أتشيه أنفسهم عرضة لأشكال جديدة من المراقبة والسيطرة الحكومية. فعلى سبيل المثال، قام الجيش الإندونيسي بإقامة نقاط تفتيش لمراقبة الحُدود الداّخلية بين أتشيه وشمال سومطرة، حيث يُطلب من العابرين لتلك النقاط إبراز وثائق سفر وهويات (وطنية) جديدة للتحقق من شخصياتهم مما يخلق صعوبات جمة لأولئك الذين يسعون لمغادرة إقليم أتشيه الذي مزقته الحرب إلى شمال سومطرة. كما أن هناك تقارير تشير إلى أن جوا من الخوف والترهيب يخيّم على آلاف عديدة من مواطني أتشيه الذين يقيمون حاليا في سومطرة كنازحين داخليين. وتشير التقارير إلى أن قوات الأمن الإندونيسية، حريصة على مراقبة تجمعات مواطني إقليم أتشيه في أنحاء عديدة في إندونيسيا. كما أشارت التقارير أيضا إلى شن قوات الشرطة «عمليات تمشيط»، بصورة منتظمة في العاصمة جاكرتا.

وفي دولة ماليزيا المجاورة، التي لجأ إليها أكبر عدد من مواطني إقليم أتشيه خارج أندونيسيا، فرضت الحكومة الماليزية نظاماً عقابياً على الهجرة إليها. وبحكم أن ماليزيا ليست من الدول الموقعة على اتفاقية اللاجئين لعام ١٩٥١، استحدثت ماليزيا قانوناً معدلاً للهجرة في عام ٢٠٠٢ بموجبه يمكن أن يواجه المهاجرون غير الشرعيون عقوبات إلزامية بالجلد، أو دفع غرامات كبيرة أو السجن لمدة خمس سنوات. ومؤخراً في أواخر أغسطس ٢٠٠٣، أعلن رئيس الوزراء السابق مهاتير محمد في مؤتمر مشترك مع ميجاواتي سوكارنو بوتري رئيسة ماليزيا، أن «ماليزيا لن تمنح حق اللجوء إلى أولئك الذي يفرون من إقليم أتشيه الإندونيسي الذي مزقته الحرب. وأنهم سيعاملون على أنهم مهاجرين غير شرعيين، وعليه فإنهم معرضين للاعتقال والترحيل». وبالفعل تم القبض على 232 مواطن من إقليم أتشيه خارج مبنى مقر مكتب مفوض الأمم المتحدة السامي لشئون اللاجئين UNHCRفي كوالامبور. كما تم استهداف آخرين في مداهمات على عدة منازل في منطقة «بنيانج». وقد عبرت بعض التقارير عن القلق إزاء إعادة المبعدين من ماليزيا إلى إندونيسيا على أيدي الجيش الإندونيسي في الميناء إلى إقليم أتشيه على الرغم من النزاع المسلح الدائر هناك.

وعلى الرغم من وجود أدلة كثيرة على انتهاكات حقوق الإنسان، والقانون الدولي واستمرار المحنة الإنسانية في الإقليم، تم تحجيم ردود أفعال المجتمع الدولي. وعلى سبيل المثال، انتقدت جاكرتا بشدة بياناً أمريكياً - أوربياً - يابانياً مشتركاً حول استمرار العمل بالأحكام العرفية في الإقليم، بل إنها رفضت بسرعة كل الانتقادات والنداءات التي تطالبها بإظهار شفافية أكبر وتسهيل الحصول على المعلومات. ومع رفع شعار «الحرب الكونية» على الإرهاب، لازالت جاكرتا، على ما يبدو، حرة لخوض حرب شرسة لإعادة تأكيد سيطرتها على إقليم أتشيه.

ايفا- لوتا هيدمان، باحث أول في منظمة لجنة طالبي مركز اللاجئ RSC
بريد إلكتروني:
evalotta.hedman@qeh.ox.ac.uk

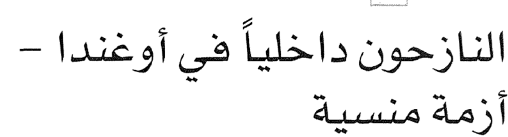
الدورة الصيفية لمركز دراسات اللاجئين ٢٠٠٤

يبدأ مركز دراسات اللاجئين دورته الصيفية عن الهجرة القسرية من ٥ إلى ٢٣ يوليو/تموز ٢٠٠٤. تعطي هذه الدورة المشاركين مفهوماً عميقاً وواسعاً عن القوى، والموسسات التي تساهم وتوثر في مستقبل ومصير النازحين. للمزيد من المعلومات، يُرجي الاتصال بـ

International Summer School
Administrator, Refugee Studies Centre, Queen Elizabeth House, University of Oxford, 21 St Giles, Oxford, OX1 3LA, UK.
هاتف: ٢٧٠٧٢٢ ١٨٦٥ (٠) ٤٤+
أو: ٢٧٠٢٧٦
فاكس: ٢٧٠٧٢١ ١٨٦٥ (٠) ٤٤+
بريد إلكتروني:
summer.school@qeh.ox.ac.uk

The Brookings-SAIS Project on Internal Displacement





النازحون داخلياً في أوغندا – أزمة منسية

بقلم: فرانسيس دنج

تواجه أوغندة الآن أزمة نزوح داخلي بنسبة كبيرة، ولكنها أزمة تكاد تكون غير معروفة للعالم الخارجي. وتبين آخر التقديرات ترحيل ١,٣ مليون شخص تقريبا داخل أوغندة. وفي أغسطس ٢٠٠٣، سافرت الى أوغندة لتقييم الموقف ولتحديد الطرق الملائمة للتعامل مع هذه الأزمة عن طريق مناقشة الوضع مع الحكومة الأوغندية ووكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية والجهات المانحة.

ومنذ زمن بعيد كان أكبر مكان للنزوح يقع في الجزء الشمالي الشرقي من البلد. وطوال السنوات القليلة الماضية، شن «جيش الرب للمقاومة» معارضة عنيفة ووحشية ضد الحكومة. وقام بأعمال ضد المدنيين كما قام بخطف الأطفال لاستخدامهم جنودا أو شيالين أو لممارسة الجنس معهم. وفي الآونة الأخيرة، زادت حدة النزاع بعد الهجوم الذي شنته الحكومة في مارس ٢٠٠٢، والذي سمي عملية «القبضة الحديدية» مما أدى الى تعميق الأزمة الإنسانية التي تشهدها البلاد.

وقد تم إيواء ملايين من النازحين داخليا الذين تأثروا بهذا النزاع في مخيمات أنشأتها الحكومة حينما كانوا في حاجة ماسة للمساعدة والحماية الإنسانية. وتعاني البلاد من ندرة في المخزون من المواد الغذائية ونقص خطير في إمدادات المياه فضلا عن سوء شبكة الصرف الصحي وتدني مستوى الخدمات الصحية والتعليمية. ويمنع الخوف من «جيش الرب المعارض» الأشخاص عن مزاولة الزراعة التي تعد الدعامة الاقتصادية لكسب الرزق في المنطقة. ولا يلقى النازحون داخليا والذين يعيشون في المخيمات أي نوع من الحماية الفعلية، حيث لا يكلف في الأحوال العادية سوى عدد قليل من الجنود الحكوميين بحماية مخيم يضم حوالي عشرين ألف شخص من النازحين داخليا. وفضلا عن ذلك، جعل عدم توفر الأمن على الطرق من غير الممكن الوصول إلى العديد من المخيمات لتوصيل المساعدات الحيوية من الغذاء وغير ذلك من المساعدات الإنسانية، إلا في وجود حراسة عسكرية كبيرة.[1]

وتعد ظاهرة ما يسمى «التنقلات الليلية»، بشكل خاص، الجانب المأساوي لهذا النزاع. فمن اجل حماية الآباء لأطفالهم من أن يخطفهم الجيش، يرسل الآباء أطفالهم الى الأحياء الشمالية لكي يقضوا الليل في بلدات «جولو» و«كيتجوم» و«بادر».

> أثناء زيارتي لبلدة «جولو» شعرت بحزن عميق حين رأيت الوضع البائس لهؤلاء الأطفال

وخلال الشهور السبعة الماضية، كان حوالي خمسة وعشرون ألف شخصا، أغلبهم من الأطفال، يقطعون مسافة تصل إلى ٥ كم ذهابا وإيابا بين البلدات والقرى أثناء ساعات المساء المتأخرة وساعات الصباح الباكر في اليوم التالي. وأثناء زيارتي لبلدة «جولو» شعرت بحزن عميق حين رأيت الوضع البائس لهؤلاء الأطفال.

ولا يزال تحرك جميع الأطراف الفاعلة حتى الآن، على المستوى الوطني أو الدولي، يتسم بالبطء في التعامل مع هذه الأزمة. وهناك حاجة الى المزيد من الجهود المتضافرة والمتواصلة لمواجهة هذا الوضع. وفي سبتمبر، وبعد زيارتي، أشرت الى هذه النقطة عندما أطلعت «مجموعة عمل اللجنة الدائمة بين الوكالات» على ما توصلت إليه من نتائج، وأكدت على الحاجة الى التعامل مع الوضع بشكل عاجل. ويبدو الآن أن كلا من المجتمع الدولي والسلطات الوطنية قد بدأت في التعامل مع هذه الأزمة. ومنذ أسابيع قليلة، سافر الى أوغندة «جان إيجلاند»، الذي عين حديثا في منصب منسق الأمم المتحدة للإغاثة في حالات الطوارئ، وكرس معظم وقته لحشد المجتمع الدولي للتعامل مع الوضع وتعزيز الوجود الدولي في شمال أوغندة. وكان من بين التطورات الإيجابية التي حدثت على المستوى الوطني صياغة سياسة وطنية بشأن النزوح الداخلي (تقوم على المبادئ الإرشادية الخاصة بالنزوح الداخلي). وتعتبر هذه السياسة غنية وشاملة وتتوقع الحكومة أن يقرها مجلس الوزراء في الأشهر القليلة القادمة. ومن المهم جدا بذل كل الجهود من أجل إقرار هذه السياسة وتنفيذ أحكامها.

وتلعب الدول المانحة دورا رئيسيا سواء من ناحية الدعم المالي أو السياسي. ويدعو النداء الإنساني بشأن أوغندا لعام ٢٠٠٤ إلى تقديم ١٢٨ مليون دولار أمريكي لتلبية الاحتياجات الإنسانية الفورية. وسيكون الدعم المقدم من الدول المانحة ضروريا جدا لتجنب حدوث كارثة إنسانية. وعلى المستوى السياسي، يمكن للمجتمع الدولي أن يلعب دورا هاما في إيجاد حل للنزاع الواقع في الشمال. ومع الأخذ بعين الاعتبار البعد الإقليمي للنزاع والصلات بينه والنزاع في السودان، ربما يكون لتحقيق السلام في السودان أثر إيجابي على الوضع في أوغندة.

ويتحمل المجتمع الدولي بالاشتراك مع الحكومة الأوغندية مسؤولية التعامل مع هذه الأزمة وفي نفس الوقت لديهما القدرة على ذلك. ولقد اتخذت مؤخرا خطوات مشجعة لتحفيز المجتمع الدولي على التعامل مع الوضع في شمال البلاد بصورة أكثر شمولية ولوضع سياسة وطنية وزيادة الوجود الدولي، وإنني يحدوني الأمل أن تؤدي هذه الخطوات إلى وضع أساس للعلاج الفعال لهذا الوضع.

فرانسيس دنج، ممثل السكرتير العام للأمم المتحدة بشأن النازحين داخليا.

انظر دراسة الحالة عن أوغندة التي أعدها المشروع العالمي للنازحين داخليا على الموقع التالي: /www.db.idpproject.org/Sites idpSurvey.nsf/wCountries/Uganda

١ انظر نشرة الهجرة القسرية عدد ١٨ صفحة ٢٥-٢٧

شمل SHAML
مركز اللاجئين والشتات الفلسطيني
Palestinian Diaspora and Refugee Centre

مؤتمر «عودة اللاجئين».. فرصة للتعاطي مع محاور جديدة!

بقلم: ساري حنفي

عقد مؤتمر «عودة اللاجئين صيرورة أنماط، وإشكاليات للبحث، منهجية مقارنة»، الذي نظمه مركز اللاجئين والشتات الفلسطيني (شمل)، ومركز الهجرة الدولية والفضاءات والمجتمعات (ميغر انتيرن)، في الفترة ما بين ٦-٨ مارس/آذار.

منذ بداية تسعينيات القرن الماضي، بدأ موضوع «عودة اللاجئين» يشكل إحدى أهم سياسات المفوضية السامية للاجئين، التابعة للأمم المتحدة، ولكن لا يمكن اعتبار هذه العودة على أنها مجرد حركة عائدة في نهاية الصراع إلى بلد الأصل، وإنما هي حركة مربوطة بالسياق العام للعولمة والهجرة الدولية.

فبينما يرى بعض الباحثين أن عودة اللاجئين ليست مرتبطة فقط بعوامل الدفع عن المجتمع اللجاءة، ولكن أيضاً برغبة من اللاجئين، فإن آخرين تحدوا التصورات «المثالية» والحنينية للعودة الإرادية للاجئ إلى بلده الأم، ووجدوا في التشتت ما يشوه معاني المجموعة الوطنية، ومعها ذكريات الوطن، في حين رأى البعض الآخر أن اللاجئ لا يطابق بالضرورة بين الفضاء الجغرافي والهوية، فهو يعتبر هويته تلك التي تعود الى وطنه الأصلي، إضافة الى هويات أخرى، حتى وإن كان يعيش إرادياً خارج وطنه.. وهكذا فإن ذاكرة الوطن ووعيه لها تظل تعمل في اللامكان. وفي الوقت نفسه فإن أولئك الذين يعودون الى وطنهم الأم يطورون رؤى جديدة عن الهوية والوطنية، ويحافظون على علاقات تربطهم ببلد الهجرة، بل وعلى ولائهم له أيضاً.. من هنا ركز المؤتمر على الإشكاليات المستقبلية التي يطرحها عودة اللاجئين والطريقة التي يجب أن يحضر لها منذ الآن، وذلك من خلال فهم مجموعة القضايا المتعلقة ليس فقط في علاقات اللاجئ مع وطنه، ولكن أيضاً مع المجتمع الذي قضى مجمل عمره فيه، وبالتالي على العلاقات العابرة للحدود القومية.

وبحث العديد من المشاركين في العوامل التي تؤثر على عودة اللاجئين، ومنها: الروابط العائلية، والعوامل الاجتماعية، والاقتصادية، والجغرافية، كما بحث غيرهم في أشكال العودة الذي يمكن أن تتحقق، ولأية فئات من العائدين، وطرحوا تساؤلات عدة، منها: هل ستكون العودة على شكل مجموعات كبيرة تتدفق في الوقت ذاته، أم على شكل مجموعات مبعثرة، وما هي المؤثرات والأسباب الواقفة وراء أية من هذه الخيارات.

> هل ستكون العودة على شكل مجموعات كبيرة تتدفق في الوقت ذاته، أم على شكل مجموعات مبعثرة؟»

وتطرقت الأوراق والدراسات التي قدمت في المؤتمر، إلى البحث في مسببات العودة، وإذا ما كانت تتجاوز «الوطنية» و«الهوية» ضمن منهجية تقوم على المقارنة بين اللاجئين الفلسطينيين ولاجئين آخرين في العالم.

وجد المشاركون في مؤتمر «عودة اللاجئين»، أن أهميته تكمن في أنه تطرق، على عكس غيره من المؤتمرات التي تتعلق بقضايا اللاجئين، إلى الكثير من المحاور التي لم تكن في أجندة منظمي تلك المؤتمرات.

ويرى د. ساري حنفي، مدير «شمل»، أن أهمية هذا المؤتمر، تكمن في كونه وسع الأجندة البحثية الخاصة بموضوع عودة اللاجئين، التي كانت تقتصر فقط على بعض المقولات التي تشير الى دعم القانون الدولي، وقوانين حقوق الإنسان لحق اللاجئين الفلسطينيين في العودة.. هذا صحيح، وعلى الرغم من الأهمية القصوى لذلك، لكن هناك الكثير من الأمور التي كان لا بد من دراستها، وهذا ما قام المؤتمر بفعله، من خلال التركيز على «سوسيولوجيا العودة»، فالعودة ليست مجرد حق، بل سياسات أيضاً.

وعن جدوى استخدام المنهج المقارناتي، يقول حنفي: علاوة على القيمة العملية للمقارنة، فإنها تعلمنا التواضع، من باب أننا لسنا اللاجئين الوحيدين في العالم، ولسنا وحدنا من نعاني بسبب التهجير واللجوء، هذا مهم.

ساري حنفي، مدير مركز شمل
البريد الإلكتروني: hanafi@p-ol.com
موقع الإنترنت: www.shaml.org


UNFPA

المشاركات في مشروع «المرأة في أزمة» مع مساعدة من صندوق السكان التابع للأمم المتحدة، بريا مروة

بناء مستقبل في سيراليون

خلفت الحرب الأهلية في سيراليون، التي استمرت عقدا من الزمان وأدت إلى نزوح أكثر من نصف سكانها، ورائها الآلاف من السكان الذين يعانون بشدة من الأثار النفسية والجسدية. وبعد انتهاء الحرب بعامين تبدأ سيراليون في رحلة طويلة من تضميد الجراح وإعادة البناء.

وتقول «خديجة باه» التي مازالت في ريعان الشباب، ولكن تجربتها أطاحت بشبابها – حيث شهدت مقتل والديها واغتُصبت أمام زوجها الذي لُقي حتفه على الفور- أن الثوار اختطفوها وعاملوها كجارية عليها أن تنفذ كل ما يحتاجونه. وعندما انتهى الصراع استطاعت أن تهرب وتشق طريقها إلى العاصمة «فري تاون»، ولكنها أضطرت لأن تبيع جسدها كي تبقى على قيد الحياة.

ويدعم صندوق السكان التابع للأمم المتحدة «UNFPA» أعمال النساء المتميزات للتأكد من أن خديجة ومثيلاتها، من الفتيات والنساء المعدمات اللاتي أُجبرن على البغاء من أجل البقاء على قيد الحياة، لن يكونوا في طي النسيان.

وتقول خديجة: كنت أعيش حياة قاسية قبل أن أجد هذا المكان، ولكني قابلت بعد ذلك العمة «جوليانا».

والعمة «جوليانا» هي «جوليانا كونته» البالغة من العمر ٤٢ عاما، وهي تعمل في إحدى البعثات التبشيرية. وقد أسست العمة جوليانا مشروع «المرأة في أزمة» Women in Crisis عام ١٩٩٧. ويعمل هذا المشروع على نطاق واسع في شتي المناطق بما في ذلك بيوت الدعارة. وتقول العمة جوليانا: «لقد قابلت بعض السيدات في بيت للدعارة وقررت أن أساعدهن. إنهن في حاجة إلى المأكل والملبس والرعاية والاهتمام».

واليوم، تتلقي المئات، من أمثال خديجة، الرعاية والاهتمام في موقع المشروع الذي يوجد أعلى أحد التلال في ضواحي العاصمة «فري تاون». وقد تم تأسيس مركزين للبحث والتدريب المجاني drop-in centers تابعين للمشروع لتوعية النساء والفتيات بكيفية حماية أنفسهن من الإصابة بفيروس HIV المسبب ومرض الإيدز، وكذلك تعليمهن كيف يكسبن رزقهن عن طريق الاشتغال بالخياطة والأعمال اليدوية. ويقدم المركزان أيضا العلاج والرعاية والدعم للمصابات بالأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. ويقوم المركزان بتعليم السيدات القراءة ومساعدتهن على اكتساب المبادئ الأساسية للرياضيات، وبتوفير مكان آمن لهن يمكنهم التعبير فيه عن مشكلاتهن. وقد أعطتهم المهارات الجديدة التي اكتسبنها وإعادة الثقة الإمكانية والقوة على مواصلة حياتهن، وبذلك يمكنهن المشاركة في إعادة بناء بلدهن.

وتقول كريستينا، البالغة من العمر ١٤ عاما، والتي تعرضت للاغتصاب لأكثر من مرة بعد مشاهدة تعذيب والدتها، «لقد فقدت والدي وشقيقاي، ولكن الآن لدي أسرة جديدة».